numéro 396

Juillet-Août 2008 – 6 €

La Santé de l'homme

Médias et santé : développer l'esprit critique

Les jeunes « accros » aux jeux vidéo

Alcool : un ancien dépendant devenu « passeur »

La Réunion : cuisiner équilibré



La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



52 pages d'analyses et de témoignages

Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

☐ L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
☐ Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
☐ Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
☐ Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
☐ La santé à l'école, n° 380.
☐ Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
☐ Démarche participative et santé, n° 382.
☐ La promotion de la santé à l'épreuve des territoires, n° 383.
☐ Promouvoir la santé des jeunes, n° 384.

Je souhaite m'abonner pour :
☐ 1an (6 numéros)
☐ 2 ans (12 numéros)
☐ Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R°/ V° de la carte d'étudiant
☐ Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de ________ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal

Nom ____________
Prénom ____________
Organisme ____________
Fonction ____________
Adresse ____________

Date ____________

Signature

SH 396



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France



est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
http://www.inpes.sante.fr

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron** <dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle** <sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies** <jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent** <isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé** <michelconde@grignoux.be> et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation <doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Jean-Christophe Azorin (Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), Laurence Kotobi (MCU-Université Bordeaux?3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aïna-Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/ Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

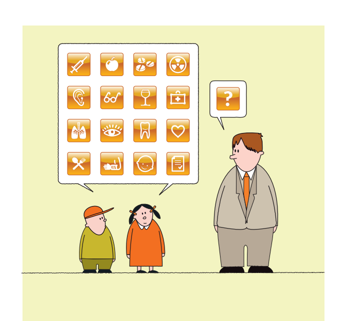
FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3e trimestre 2008.
Tirage : 6 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

sommaire

numéro 396

Juillet-Août 2008 – 6 €



Illustrations : **Frédéric Vion**



Entretien avec Michael Stora[1], psychologue, psychanalyste, thérapeute auprès des personnes dépendantes aux jeux.

« Tout objet de plaisir peut devenir une addiction »

Environ cinq cent mille personnes en France – essentiellement des jeunes de 14 à 17 ans – sont « accros » aux jeux vidéo. Ils représentent 90 % de la clientèle du psychologue-psychanalyste Michael Stora. Ce spécialiste refuse de classer comme dangereuse l'addiction aux jeux vidéo, qui peut être source de bien-être et antidépresseur. Plutôt que de dénoncer, il décrypte le mécanisme d'addiction, sa signification pour l'image de soi, ses conséquences et les moyens d'aider les adolescents à en sortir. C'est-à-dire les dissuader d'avoir une consommation excessive.

***La Santé de l'homme :* Comme psychologue et psychanalyste, vous accompagnez des personnes, surtout adolescentes, victimes de l'usage abusif des jeux vidéo. Et pourtant vous aimez l'univers des images. Est-ce paradoxal ?**

Michael Stora : Cela fait pas mal d'années que dans mon parcours, autant personnel que professionnel, je côtoie l'image. Avant d'être psychologue, j'ai eu une formation de cinéaste. Je suis un amoureux des images. Et, comme dans toute relation amoureuse, ce qui est intéressant pour se dépassionner, c'est d'avoir des formes d'exigence pour mieux saisir ce qui se passe dans ces images. J'ai été un enfant « biberonné » aux images télé et qui, au cours du temps avec l'arrivée de l'âge adulte, a cherché, un petit peu, à s'en décoller.

***S. H. :* Cela veut-il dire que vous avez, à un moment, ressenti une certaine dépendance ?**

Oui. Je fais partie des gens qui ont ce que nous appelons dans notre jargon une « structure addictive ». Neuf ans d'analyse m'ont permis non pas de changer de structure mais plutôt d'accepter ce que je suis, avec l'idée d'aménagement. Dans les addictions, la question principale est la problématique du déplacement, donc de la place que l'addiction peut prendre. Et puis il peut y avoir des addictions meilleures que d'autres. Celles qui sont liées au travail, par exemple. Nous savons que les personnes addictives sont des personnes, très souvent, passionnées. Pour en revenir à ma relation forte avec l'image, on peut observer par ailleurs que la passion amoureuse s'oppose à la passion créatrice. La passion amoureuse peut être une forme de drogue dure. Quant à la passion créatrice, elle permet de mettre en marche des choses, d'accepter la frustration, de ne pas être dans le « tout », tout de suite, comme l'écriture d'un livre…

***S. H. :* Au sujet de l'addiction aux jeux et à l'image, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) parle « d'addiction sans drogue ». Reprenez-vous, à votre compte, cette expression ?**

Complètement. Je dirais que tout objet de plaisir peut devenir une addiction. Il y a des nouveaux objets technologiques qui apparaissent dans notre société et qui provoquent chez certaines personnes des phénomènes de dépendance. Ceux-là feront tout pour posséder le dernier de ces objets, par exemple. L'image, en elle-même, peut être un objet d'addiction.

***S. H. :* Parlons des jeux dits pathologiques. Existe-t-il des différences dans la manière dont un joueur aborde ces jeux ?**

Tout d'abord, il faut préciser que tous les jeux ne sont pas addictogènes. Il faut bien avoir cela à l'esprit quand on aborde cette question. Dans le domaine de la dépendance au jeu, il existe une classification du joueur en trois phases : l'occasionnel, l'excessif, et le dépendant. Pour prendre l'exemple du jeu vidéo, que certains appellent « le nouvel objet du plaisir », les joueurs eux-mêmes se désignent selon leur propre vocabulaire. L'occasionnel est appelé *« casual gamer »*. Comme son nom l'indique, il pratique le jeu d'une manière légère. L'excessif – le *« hard core gamer »* – joue sur des périodes d'une semaine ou d'un mois, ou plus. C'est un passionné. Il peut participer à des forums de discussions. Il s'intéresse à la presse et, il faut le signaler, ce profil de joueur travaille souvent dans le domaine du jeu vidéo. Comme le cinéphile qui devient cinéaste. Enfin, le dépendant : lui s'appelle *« no life »*, une appellation sans aucune ambiguïté.

***S. H. :* Comment reconnaît-on ce joueur *« no life »* ?**

Très clairement : la totale dépendance à la vidéo entraîne une rupture progressive du lien social, familial, scolaire, amoureux. Nous disons que le jeu, à ce moment, est plutôt du côté du

« game », c'est-à-dire de l'enjeu, que de celui du *« play »,* c'est-à-dire du plaisir de jouer. Il y a une sorte de cercle qui se répète. Et, progressivement, le plaisir de jouer s'estompe. Ce joueur dépendant connaît une montée en puissance de la notion du temps qu'il donne au jeu. Cinquante, soixante heures par semaine, parfois plus. Il néglige le monde réel pour n'exister que dans son monde virtuel. Il existe des cas dramatiques. J'ai, à titre professionnel, fait hospitaliser deux jeunes dont un – un vrai *« no life »* – qui avait perdu dix-sept kilos en développant un eczéma assez grave. Plus son avatar (personnage créé par le joueur, son « double » dans le monde virtuel *Ndlr*) prenait de la distance, plus ce jeune disparaissait.

Cela étant dit, la question de l'addiction demeure compliquée. Car l'objet de l'addiction est aussi un antidépresseur. Au fond, certaines des personnes n'ayant pas les ressources intérieures pour baisser le niveau de déprime ou d'angoisse vont trouver un objet extérieur avec une illusion de maîtrise qui va faire que cet objet-là va remplir cette fonction.

S. H. : *Est-ce valable pour toutes les addictions ?*

Oui. Paradoxalement, l'addiction est aussi une manière de se soigner. C'est ce que nous rencontrons chez les grands psychotiques. Le délire est une forme de soin. Ce n'est pas forcément évident à comprendre mais nous sommes bien dans l'idée de l'antidépresseur. Ce qui m'intéresse, ce qui m'intrigue, c'est que le jeu vidéo serait comme une sorte d'antidépresseur mais interactif. Je travaille sur cette question : pourquoi cette action du jeu vidéo dans l'addiction au virtuel ? Et non l'alcool ou tout autre produit dangereux. Je vous rappelle toutefois, et heureusement, que le jeu vidéo n'est pas considéré comme une drogue.

S. H. : *Oui, mais comment expliquer alors qu'au centre Marmottan un enfant ou un adolescent sur dix consulte aujourd'hui pour un problème lié directement aux jeux vidéo ?*

Je connais bien la cellule de cyberaddiction ouverte à Marmottan. Moi aussi, je reçois les accros du jeu vidéo, qui représentent d'ailleurs 90 % de ma clientèle. Quelques chiffres : la France compte à peu près vingt-huit millions de joueurs de jeu vidéo. Le poids économique de cette activité ludique est énorme, plus important que le cinéma. Il y aurait entre huit et neuf cent mille personnes que l'on désigne sous l'appellation « monde-persistant ». Des MMO ou *« Massivement Multi personne On line ».* Ces huit à neuf cent mille personnes sont – ou vont devenir – dépendantes. Pourquoi ? Parce qu'elles jouent à des jeux que je qualifie d'addictogènes. Ces jeux vidéo « *on line* » se pratiquent avec de gros ordinateurs, sur Internet, avec d'autres joueurs.

© CLAUDINE DOURY / AGENCE VU

S. H. : *Quelles sont les caractéristiques de ces jeux que vous qualifiez d'addictogènes ?*

L'exemple de ce type de jeu est le *« World of Warcraft »,* dénommé le *WOW.* Ce jeu ne demande aucune compétence particulière de l'utilisateur. Le jeu vidéo est souvent très dur et il n'est pas évident de passer d'une première mission à une seconde. Le *WOW* est chronophage. L'idée est la montée en puissance de son avatar pour qu'il passe d'un niveau 0 à un niveau 70. Et pour cela, il suffit simplement de tuer des petits monstres. Le temps nécessaire pour cette action est de 95 heures… C'est une moyenne. Au niveau 70, vous entrez dans une guilde, un regroupement de joueurs. L'idéal est d'être dans une guilde d'élite. Cette guilde exige du joueur d'être présent trois nuits par semaine de 21 h à 1 h du matin. Imaginez l'adolescent pour qui aller à l'école devient un enfer puisqu'il a été un héros durant plusieurs heures. Voilà, selon moi, l'exemple type du jeu pathologique. J'ai fait partie d'une commission – le Forum des droits sur Internet – sur ce sujet avec des représentants du ministère de l'Intérieur ou de la Santé. Pourquoi ne pas mettre des verrous, pas seulement parentaux, des signes représentant une sorte de pénibilité, permettant de dissuader à un moment le joueur d'avoir une consommation excessive ? La réalité est là : le *WOW* touche quelque cinq cent mille joueurs en France.

S. H. : *Quels sont les principaux renseignements que vous retenez de votre action de psychanalyste vis-à-vis de ces dépendants ?*

Les patients que je reçois sont des joueurs de milieu plutôt favorisé. Leur âge va de 14 à 25 ans, voire 30 ans. La majorité d'entre eux a entre 14 et 17 ans. Ils sont souvent déscolarisés. Ils vivent seuls avec leur maman. Une mère qui n'est pas toujours très bien. Si le père est là, il est parfois absent aussi bien réellement que symboliquement. De plus, et c'était une hypothèse que j'avais posée il y a quelque temps et qui se confirme aujourd'hui : 90 % de ces enfants, je dis bien 90 %, ont été diagnostiqués dans leur jeunesse avec un haut potentiel intellectuel. Ces enfants ont été diagnostiqués précoces.

S. H. : *Comment expliquez-vous cela ?*

Les enfants précoces testés à 5 ou 6 ans possèdent des QI parfois impressionnants. Alors, les parents ne regardent plus leur enfant comme avant. Parfois, ils l'investissent même d'une parure de héros, du moins d'un futur héros. Le problème est que ces enfants à intelligence précoce ne sont pas habitués à travailler. Ils ne savent pas ce qu'est « fournir un effort ». Eh bien – et c'est quasi systématique –, en classe de 4e, une chute des résultats est observée. La chute des notes accompagne l'effondrement du statut de héros. Il passe à celui de très mauvais élève. Et je constate que le jeune « précoce » surinvestit le jeu comme pour continuer à être ce héros.

S. H. : *On est dans la symbolique de l'image ?*

Bien sûr. Dans mon livre *Les écrans, ça rend accro…*[2], j'évoque le poids de la tyrannie de l'image de soi. Le soi est devenu quelque chose d'incontournable. Et l'image du surdoué, du précoce qui d'un seul coup chute complètement est une blessure quant à l'estime de soi. Le jeu va être une manière de se soigner, en ayant quelque part des victoires, en incarnant surtout ce héros.

S. H. : *Vous dites aussi que le jeu est nécessaire et qu'il est même constructeur pour l'adolescent ?*

Énormément d'enfants ont, comme moi je l'ai eue, la télé comme nurse cathodique. Je tente de dire qu'au fond l'enfant a, de lui-même, le fantasme d'entrer dans l'image, d'être à l'image. Ce que d'ailleurs notre société cultive fortement dans son rapport à l'image : la « messe » de 20 h, le *« reality show »…* Le jeu vidéo propose un geste interactif et celui-ci arrive au bon moment, comme une sorte de contre-culture de cette image idéale. Une contre-culture propre à l'adolescence et qui en accompagne le processus. Face à l'écran, le corps est engagé. La main est un outil de découverte, comme pour le jeune enfant. Mais à la différence de l'image télévisuelle, où le corps agit comme un réceptacle, le jeu vidéo permet avec la main de s'approprier les images, de les déformer, de les tuer. Je pense sincèrement qu'il est important d'apprendre à quelqu'un qui ne sait pas jouer, à jouer. La vidéo peut être un déclencheur, une illusion nécessaire. Je pense aussi que le jeu vidéo est également une cour de récréation et de re-création.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. *Créateur de l'Observatoire des mondes numériques en sciences humaines.*
2. *Stora M.* Les écrans, ça rend accro… *Paris : Hachette Littératures, coll. Ça reste à prouver, 2007 : 116 p.*

Marmottan : à l'écoute des jeunes « accros » aux jeux vidéo

Au Centre des pratiques addictives Marmottan, à Paris, un jeune sur dix consulte pour une addiction aux jeux vidéo. Les médecins voient aussi arriver des accros à Internet. Le service de pédopsychiatrie effectue un travail d'accompagnement pour réinsérer ces jeunes dans le réel, diminuer leur temps d'addiction. Les psychiatres parlent de « devoir d'accueil et d'écoute ». Visite du service avec le docteur Dan Véléa.

Le Centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives, plus connu sous le nom de Centre médical de Marmottan[1], a été créé, en 1971, par le professeur Claude Olivenstein. Cette structure publique de soins est ouverte à toute personne concernée par des problèmes d'usage de produits licites ou illicites ou d'autres formes de dépendance. Le docteur Dan Véléa est un membre de l'équipe de praticiens, qui consulte et accompagne des « clients », comme le précise la plaquette de présentation du centre. Ce psychiatre a une particularité : avec son collègue Michel Hortefeuille, il participe, notamment, à une consultation ouverte depuis une dizaine d'années pour des personnes, souvent jeunes, « accros » aux jeux vidéo. *« Nous vivons une constante évolution dans nos contacts avec les gens venant au centre,* explique le docteur Véléa. *Quelle que soit l'addiction, nous avons un devoir d'accueil, sans condition préalable, et d'accompagnement. Tout passe par l'écoute. »*

Une forme de dépendance

En trente-cinq années, Marmottan s'est forgé une pratique basée sur une équipe pluridisciplinaire où, de l'accueillant à l'intervenant, chacun participe au suivi. Un processus d'évaluation, comportant tous les aspects, psychothérapeutiques, pharmacologiques, médicaux et sociaux, fait partie du projet de soins élaboré avec la personne. La méthode est rodée. Les principes d'intervention sont inscrits dans la pratique quotidienne. Elles sont fondées sur le volontariat, l'anonymat et la gratuité des soins. Trente-cinq années de suivi de cas de toxicomanie et de dépendance procurent une expérience indéniable et un certain regard

sur la société. *« L'addiction aux jeux est clairement présente dans notre quotidien à Marmottan,* raconte Dan Véléa, *et elle nécessite de notre part une attention précise. Elle correspond à des pratiques sociétales, à des manifestations comportementales, à un environnement qu'il nous faut comprendre. Mais,* tempère-t-il, *je ne pense pas que cette addiction soit originale au sens où elle serait un cas atypique de troubles psychologiques. C'est une forme de dépendance comme d'autres. »*

Des nouvelles addictions

Le docteur Véléa illustre cette appréciation par une série de constats. Dans les années 1970-1980, sa pratique était tournée vers la toxicomanie. *« Nous étions dans la période de la substitution aux opiacés avec une apparition de nouvelles formes de toxicomanie. Des produits, la cocaïne, le crack puis le développement du cannabis étaient prégnants. »* Les accros aux jeux vidéo sont apparus, selon lui, il y a une quinzaine d'années comme une nouvelle forme de dépendance touchant de plus en plus de jeunes gens. Aujourd'hui, le fait est là : un adolescent sur dix consulte à Marmottan pour ce problème, ce qui conforte la décision prise, en 2000, d'ouverture d'un nouveau service en pédopsychiatrie.

« Mais, explique Dan Véléa, *si nous savons ce qu'est une addiction, notamment avec produit, nous découvrons au fur et à mesure de nos consultations des dépendances nouvelles avec leurs complexités et leurs troubles. Il y a, certes, l'addiction aux jeux et particulièrement aux jeux vidéo, mais aussi des addictions précises dont personne ne parle réellement. »* Parmi celles-ci, le Centre recense des cas d'addiction à Internet, des dépendants à l'achat *on line,* l'addiction sportive, l'addiction sexuelle et surtout l'addiction au travail. *« À l'heure actuelle,* constate Dan Véléa, *nous sommes dans une phase de développement de ces addictions. Nous partageons entre nous des consultations sur des problématiques transversales : la performance, par exemple. Nous sommes dans des addictions très silencieuses qui, ne nous y trompons pas, font souffrir de la même manière les personnes concernées et leur entourage. »*

Du virtuel au réel

Vingt-quatre heures sur vingt-quatre, appelons-le Michel – un jeune homme d'une vingtaine d'années – est dépendant aux jeux vidéo. Un vrai *« no-life » (voir entretien avec Michael Stora).* Il se couche après avoir joué. Il se réveille et il joue à nouveau. Un long accompagnement a permis à Michel de mieux vivre sa passion. L'informatique devient, peu à peu, son domaine de travail. A-t-il, pour cela, perdu toute passion pour le jeu ? Ce changement de centre d'intérêt a-t-il provoqué une re-normalisation ? Les questions sont posées. Ce patient de Dan Véléa est, selon lui, typique de cette complexité. *« Voyons,* explique le médecin, *ce jeune homme arrive au centre, totalement épuisé, très désinvesti, sans repères. Une seule chose le passionne : le jeu vidéo. Il est un exemple de ce que nous appelons la centration : le jeu est son unique centre d'intérêt, son pôle stimulant et déstructurant. Aujourd'hui, il assemble des ordinateurs toute la journée et il joue, non à toute heure et à tout moment, mais sur son lieu de travail. Il a passé un contrat moral avec lui-même. Il ne pouvait plus continuer comme cela. »*

Michel a donc fait une formation d'infographisme. Le fait de créer des jeux vidéo est apparu pour lui plus intéressant que la pratique du jeu. Sa fascination pour l'informatique a transformé, peu à peu, sa quête de la performance fictive en un travail normé. *« Comme si ce jeune homme passait du virtuel au réel,* commente le docteur Dan Véléa. *Je ne sais pas s'il est re-normalisé en gardant le côté plaisir que lui procure ce travail,* ajoute-t-il. *Il me dit qu'il continue à jouer six heures par jour. Mais je constate aussi que ce jeune homme se couche à des heures un peu plus régulières, qu'il se réveille, qu'il se douche. »* Un retour à la « vraie » vie ?

Denis Dangaix
Journaliste.

Contact
17-19, rue d'Armaillé – 75017 Paris
Tél. : 01 45 74 00 14
www.hopital-marmottan.fr

Le jeu pathologique : une addiction réelle, sans drogue

Le plan « Prise en charge et prévention des addictions », présenté fin 2006 par le ministère de la Santé, a introduit la question du jeu pathologique. Le manque cruel de données épidémiologiques entraîne une demande d'études et de recherches cliniques. Le rapport Vénisse sur les addictions sans drogue préconise la création d'un centre de référence par interrégion, centre d'écoute et d'orientation des « joueurs addictifs » en difficulté et de leur entourage. Au moins six cent mille Français sont « accros » au jeu pathologique (vidéo, jeu d'argent, etc.).

Le sujet des « addictions sans produits » aurait-il une place à part dans l'attention que portent les pouvoirs publics sur les dépendances ? La question mérite d'être posée en ces termes quand apparaissent, ici et là, des alertes provenant de milieux scientifiques ou/et hospitaliers. Dans la revue *Synapse* (1) de juin 2006, le professeur Jean-Luc Vénisse, chef du service d'addictologie du CHU de Nantes et président du Collège d'addictologie de la Fédération française de psychiatrie, signait un éditorial au titre percutant : « Le scandale des addictions sans drogue ». Il expliquait en quoi une vision transversale des conduites de dépendance pathologique, centrée sur les comportements plutôt que les produits, a permis *« un décloisonnement nécessaire de pratiques antérieures trop référées à la nature des produits consommés, aussi bien dans le champ du soin que de la prévention »*. Cette vision a, au passage, été impulsée par le plan gouvernemental 1999-2002 et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Partant du constat des rapprochements – aux niveaux clinique, physiopathologique et psychopathologique – de comportements souvent associés chez les patients concernés, *« des rapprochements validés au niveau théorique et scientifique »*, l'auteur de l'article pose un constat sans appel. *« Force est de constater que le sort des addictions sans drogue est toujours, dans notre pays, resté un sujet plus ou moins tabou et de ce fait exclu des recommandations et dispositifs de soins et de prévention prévalant par ailleurs en la matière. »* Et interroge : *« Combien de temps faudra-t-il encore pour que ces addictions soient considérées comme un réel problème de santé publique ? »*

Une question orpheline

En mai 2006, la Mildt avait chargé le professeur Vénisse d'une mission exploratoire d'information sur la question des addictions sans produit. La Mildt faisait alors valoir que *« le phénomène des addictions sans produit suscite depuis une vingtaine d'années un intérêt et, partant, un courant de recherche qui est loin d'être négligeable au niveau international. La France est restée jusqu'ici très en retrait sur cette problématique (…). À côté des formes classiques d'addiction au jeu (dépendance aux jeux d'argent et/ou aux jeux de hasard), de nouveaux types d'addiction apparaissent et retiennent l'attention, comme l'addiction à l'Internet et aux jeux vidéo. »* Et la Mildt de poursuivre : *« Ces nouvelles formes interpellent tout particulièrement les parents, les éducateurs et les pouvoirs publics dans la mesure où elles peuvent toucher des enfants relativement jeunes ainsi que des préadolescents et des adolescents (…). La question des addictions sans produit apparaît donc bien comme une question orpheline en France, que l'on raisonne en termes de prévention, de soins ou de recherche. »* 2006 sera une année charnière sur ce sujet car, outre les conclusions du rapport Vénisse, en décembre, et la présentation d'un rapport sur le sujet par le sénateur Trucy, l'inclusion du jeu pathologique est

enregistrée, le 15 novembre, au sein du plan « Prise en charge et prévention des addictions » présenté par le ministère de la Santé.

Beaucoup d'ambivalences

Que sait-on sur le problème spécifique des usages à risque d'Internet ou de la pratique des jeux vidéo ? Quelques constats, en réalité. La littérature internationale, largement référencée dans le rapport Vénisse, provenant notamment de travaux dirigés au Canada et aux Pays-Bas, évoque l'absence de données épidémiologiques et de politique sanitaire en France. Des données apportées par de nombreuses équipes pluridisciplinaires françaises apportent quelques indications. Elles demeurent toutefois générales. La revue internationale des toxicomanies et des addictions *Psychotropes*, en 2005 (2), explique, par exemple, que les usages à risque d'Internet, la pratique des jeux vidéo, suscitent beaucoup d'ambivalences. *« De nombreux auteurs insistent pour reconnaître les vertus ludiques et structurantes, voire auto-thérapeutiques, de pratiques, y compris intensives, des jeux vidéo pour la très grande majorité des jeunes et moins jeunes qui s'y adonnent. »* Les jeux favoriseraient dans le même temps la socialisation et la séparation de l'autre. Ils participeraient aussi d'une transformation des modes de sociabilité, du rapport à l'autre et à soi. Enfin, la plupart des auteurs s'accordent pour dire (que) *« ce ne sont ni les jeux d'action, ni les jeux de réflexion mais bien les jeux de simulation, et en particulier les jeux de rôle multijoueurs en univers persistant, c'est-à-dire, d'une certaine façon, sans fin, qui comportent le plus de risques de dérive addictive chez des sujets fragiles. »* Et de noter l'impact négatif de la communauté des joueurs de *World of Warcraft* (WOW) *(voir l'entretien avec Michael Stora).*

Un dispositif thérapeutique

En décembre 2006, le professeur Jean-Luc Vénisse, en collaboration avec le professeur Jean Ades, chef du service psychiatrie à l'hôpital Louis-Mourier de Colombes et le docteur Marc Valleur du Centre médical Marmottan, a remis son rapport à la Mildt. Les auteurs de ce travail collectif insistent tout d'abord sur l'urgence de réaliser des études en s'appuyant sur des organismes officiels déjà engagés dans le champ des addictions : Mildt et OFDT. *« La réalisation de travaux de recherche clinique et paraclinique est un prolongement nécessaire de ces études épidémiologiques permettant de caractériser un certain nombre de facteurs de risque, tenant notamment aux types de jeu pratiqués et à des facteurs de vulnérabilité chez certains joueurs. »* De plus, les auteurs préconisent (qu') *« un dispositif thérapeutique puisse être constitué, par exemple à partir de centres référence au niveau de chacune des interrégions incluant une structure d'écoute et d'orientation des joueurs en difficulté ainsi que de leur entourage ».* Enfin, au niveau de la prévention, la création d'un observatoire des jeux, indépendant et pluridisciplinaire apparaît, écrivent les auteurs du rapport, *« comme la seule manière de prendre en compte la complexité des questions et enjeux soulevés,* a fortiori *dès lors que le problème des jeux en ligne et des jeux vidéo doit être également envisagé ».*

Plus de six cent mille « accros » en France

Lors d'un colloque, à Dijon, en mai 2008, sur le thème « L'addiction… s'il vous plaît », les experts ont rappelé que les seules données disponibles proviennent des pays anglo-saxons, qui ont fait entrer, dès 1980, la notion de « jeu pathologique » dans la classification internationale des pathologies psychiatriques. Par extrapolation, les spécialistes évaluent le nombre de joueurs pathologiques entre 2 % et 6 % des joueurs, soit de 600 000 à 1,5 million de Français. Le président de la Mildt, Étienne Apaire, a souligné que les *« addictions sans produit, comme le jeu excessif, sont des phénomènes naissants dont les conséquences sanitaires et sociales pourraient être sous-estimées ».* Le professeur Robert Ladouceur, de l'université Laval de Québec, l'un des spécialistes réputés de l'addiction aux jeux, a mis au point une thérapie pour les joueurs pathologiques qui a été reprise dans plusieurs pays. Lors de ce colloque, il a regretté l'absence d'études sanitaires sur l'addiction aux jeux vidéo mais aussi aux jeux d'argent.

Denis Dangaix

Journaliste.

(1) *Synapse* n° 226, juin 2006 : 25-6.
(2) Dirigé par Michel Hautefeuille et Marc Valleur.

Entretien avec le docteur Philippe Batel, psychiatre et alcoologue, chef de service de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictologiques de l'hôpital Beaujon, à Clichy.

Changer les représentations de l'alcool et des soins

Philippe Batel reçoit chaque jour, depuis des années, des patients dépendants à l'alcool qui veulent « en sortir ». Pour lui, la relation à l'alcool peut être comparée à une histoire d'amour. Il constate face à l'alcool une forme de déni de la société, des patients eux-mêmes, mais aussi des soignants. Prise en compte du parcours de vie, accompagnement et dialogue sont les maîtres mots de toute prise en charge pour ce spécialiste qui salue le travail remarquable effectué par les groupements d'entraide. Une analyse rassemblée dans un ouvrage qu'il vient de publier (1).

La Santé de l'homme : *Pourquoi écrire un ouvrage à quatre mains sur l'alcool avec un de vos anciens patients ?*

Philippe Batel : Un jour, un malade m'a dit : *« Comment pouvez-vous chercher à nous comprendre, alors que vous n'êtes pas malade ? »* Initialement, cette question m'a agacé. Je lui ai répondu d'une manière un peu automatique : *« Heureusement que tous les diabétologues ne sont pas diabétiques et que les cancérologues n'ont pas un cancer. »* C'est une réponse un peu idiote mais cette question pose un problème plus général qui est, selon moi, la différence entre le savoir et l'expérience. Comment se partage la connaissance ? La connaissance éprouvée, c'est-à-dire l'expérience, apporte des compétences bien plus importantes pour réfléchir. Elle donne une « traçabilité » pour acquérir la capacité de reconnaître celui qui est en difficulté. Car la pathologie de l'alcool entraîne des situations cliniques diverses. Si nous nous contentons de la connaissance médicale, qui demeure très académique, très « validée », elle ne peut à elle seule refléter cette complexité. L'écriture de ce livre, avec onze de mes anciens patients, est une manière d'ajouter quelque chose de différent à nombre d'excellents ouvrages.

S. H. : *Vous dites en préambule :* « Le parcours des malades de l'alcool est l'obsession des soignants en alcoologie ». *Quelle est cette « obsession » que vous semblez partager ?*

Cette obsession partagée, c'est arriver à comprendre. Ou, plus exactement, parvenir à reconstituer les éléments. Nous sommes dans un modèle médical qui ne peut pas être basé sur le simple fait d'identification de la cause de la maladie pour pouvoir la soigner. Nous sommes bien dans quelque chose qui est de l'ordre de l'accompagnement. Et, pour un addictologue, l'accompagnement, c'est aider, d'une part, à promouvoir le changement, d'autre part, à le rendre réalisable.

Ce changement-là s'inscrit dans une trajectoire, un parcours, un itinéraire de vie dans lequel il y a un sujet qui va rencontrer un produit. Dans un premier temps, une liaison se construit à distance, amicale, amoureuse, épanouie, etc. Très rapidement des dégâts collatéraux apparaissent. Quand je rencontre un patient, je sais qu'il vient aussi m'apporter des éléments qui vont se dérouler sur vingt, trente, parfois quarante ans. La reconstitution des éléments de vie est capitale comme élément d'accompagnement. Et, bien sûr, il n'y a pas que le lien avec l'alcool qui compte. Il y a les maladies, le relationnel, les psychiques, les amours, les passions, les métiers, etc.

S. H. : *Le coauteur de l'ouvrage, Serge Nédélec, affirme (qu')* « il est possible de se soigner et de vivre mieux sans alcool ». *Pourquoi alors seul un malade sur cinq, en France, accepte de faire une demande de soins ?*

Parce que le système est basé sur des fausses représentations des soins. Celles-ci sont extrêmement préjudiciables par rapport au but recherché. Car, en dehors du fait qu'elles sont fausses, elles sont très rebutantes pour que le patient entre dans le parcours de soins. Il imagine que le soin est avant tout une intention comminatoire et qu'il lui faudra jurer, du jour au lendemain, qu'il s'interdit de consommer ce produit. La nature même de la maladie démontre qu'il n'est jamais prêt à cela. La maladie de l'alcool, c'est l'ambivalence : bénéfices et inconvénients. Je compare cela à une histoire d'amour qui se termine mal. Nous sommes très souvent ambivalents à la fin d'une histoire d'amour. Nous trouvons toujours du pour et du contre à quitter quelqu'un, y compris quand la situation vire au drame. Le malade, dans sa représentation, pense qu'il ne peut y avoir que des moyens très lourds à mettre en place pour pouvoir changer. Ce qui est faux. J'entends par « moyens lourds », hospitalisation, soins longs. J'entends ce mythe stupide de cure hospitalière. Le patient est persuadé qu'un soignant va lui demander un contrat d'abstinence. L'abstinence n'est qu'un moyen d'aller mieux, ce n'est pas un but. Un soignant qui

demanderait à un malade de signer un contrat d'abstinence serait vraiment très incompétent.

S. H. : *Il semble, dans votre ouvrage, que vous doutiez de la formation donnée aux professionnels de santé. N'est-ce pas du fait que la maladie demeure un tabou ?*

Je doute fortement, oui. Les maladies existent par les malades : ce sont bien les sujets qui portent une souffrance caractérisée à partir de laquelle un médecin aura à qualifier une maladie. Là, nous sommes dans une souffrance qui n'est pas encore considérée comme une maladie parce qu'elle est encore sous une chape de plomb de l'opprobre moral. Le malade de l'alcool, j'insiste sur ce terme, est vu comme quelqu'un qui a un travers. Il manque de volonté. Du coup, en cascade, ces malades ne peuvent être reconnus comme tels. Nous sommes dans un cercle vicieux : moins la maladie est reconnue, moins celle-ci est repérée. Pourtant il y a quelque chose qui me frappe. Dans notre service, j'observe que, parmi les personnes qui ont un risque élevé de développer des dépendances aux produits psychoactifs, en particulier à l'alcool, les médecins et les personnels soignants ont un risque à peu près deux fois plus important que les autres personnes que nous recevons et accompagnons. C'est une maladie que nous ne voyons pas venir, et quand nous l'avons vue, nous ne savons pas comment la prendre en charge. Les malades sont souvent accusés d'être dans le déni. Je pense que, souvent, ce déni vient des soignants. De toutes parts, il faut changer les représentations que la population mais aussi les professionnels ont de l'alcool.

S. H. : *Vous insistez sur les groupements d'entraide. Vous dites qu'ils sont efficaces. Pourquoi ?*

Cela fait partie de mon expérience d'une année passée aux États-Unis à fréquenter, une fois par semaine, un groupe ouvert d'alcooliques anonymes. Cette parole libérée, ce qui se dit entre souffrants, ces discours, parcours de vie, histoires partagées ont accru mon niveau de conscience sur l'intensité de la souffrance liée à l'alcool ; mais également sur le sentiment d'impuissance majeur que peuvent avoir les malades. Cette capacité de codifier la souffrance est la manière de faire partager, ensemble, ce qu'ils ressentent. C'est aussi de la sorte qu'ils se désignent en tant qu'identité. Cette solidarité est bien plus importante que n'importe quelle technique ou approche médicale pour faire reculer la résistance, ce fameux déni.



D.R.

Campagne « Boire trop », INPES, juillet 2008.

Pour en revenir à la prévention et à l'accompagnement des personnes dépendantes, je pense qu'il nous faut traiter l'alcool comme les autres produits psychoactifs et inviter chaque sujet à se regarder dans une glace. Nous devons très vite donner les moyens aux consommateurs de se faire leur propre évaluation. Si nous parvenons à faire cela sur l'ensemble de la population, nous aurons gagné en prévention. C'est quoi, boire trop ? Dans la tête des gens, la réponse est floue. Surtout quand boire trop, c'est devenir dépendant. Ce peut être vingt ans de parcours de vie avec le produit.

S. H. : *Connaîtriez-vous un exemple de prévention réussi à l'étranger dont nous pourrions nous inspirer ?*

Oui, un programme australien que je trouve très habile. Le gouvernement a lié, sur dix ans, la prévention à une politique fiscale. Il a créé une taxe sur le verre d'alcool vendu. L'argent récolté allait directement aux campagnes de prévention. Je peux vous dire que cela a eu un impact majeur sur la santé. À tel point que le jour où cette action s'est arrêtée, une augmentation de la mortalité liée à l'alcool a été observée dans les trois mois.

S. H. : *Concernant les jeunes, quelle serait la bonne mesure à prendre en matière d'éducation pour la santé ?*

Faire vivre le débat. Que l'on prenne des mesures d'interdiction, je suis d'accord, notamment pour dénormaliser le produit. Mais, ce qui est essentiel, c'est d'essayer de comprendre en écoutant les adolescents eux-mêmes, et savoir ce qu'ils attendent de ce produit. Nous avons suffisamment d'exemples qui indiquent un caractère ostentatoire majeur dans l'alcoolisation massive des jeunes, dans le *binge-drinking*… Donnons la parole.

Propos recueillis par **Denis Dangaix.**

(1) Batel P., Nédélec S. *Alcool : de l'esclavage à la liberté.* Paris : Éditions Démos, 2007 : 266 p.



« Ancien dépendant, je suis devenu “passeur” entre les soignants et les malades de l’alcool »

Ancien alcoolo-dépendant, Serge Nédélec a écrit ce livre avec le professionnel qui l’a accompagné vers la guérison. Investi dans un groupe de parole, il se considère comme « passeur » entre soignants et malades. Il plaide pour que les anciens malades de l’alcool interviennent davantage dans l’accompagnement des patients parce qu’ils apportent une parole vécue, y compris sur les moyens pour s’en sortir.

***La Santé de l’homme :* En quoi l’écriture à quatre mains vous a-t-elle aidé dans votre parcours de soins ?**

Serge Nédélec : L’écriture de ce livre, en collaboration avec le docteur Philippe Batel, forme la réalisation de mon premier projet d’homme abstinent, je suis très heureux de l’avoir mené à bout en sa compagnie. Le second projet, en lien avec ce livre et ce même médecin, est également devenu réalité, il s’agit de la coanimation d’un groupe de parole d’aide à l’abstinence au sein de l’hôpital Beaujon. Le recueil des témoignages et leur publication accompagnée des commentaires de mon alcoologue a constitué pour moi un excellent moyen de rencontrer un grand nombre de personnes ayant chacune son propre itinéraire avec la dépendance à l’alcool et la mise en œuvre de moyens pour s’en sortir. Chacune de ces rencontres m’a enrichi et permis de relativiser en même temps que de singulariser mon propre parcours. C’est une manière personnelle de transformer mon rôle de malade en celui « de passeur » aux côtés d’un alcoologue.

***S. H. :* Les témoignages recueillis démontrent qu’il est possible de sortir de la dépendance liée à l’alcool. Par l’écoute et l’accompagnement, diriez-vous ?**

Chacun de ces témoignages démontre, par l’exemple, qu’il est possible de sortir de la dépendance active à l’alcool à la première condition de parvenir à se reconnaître comme malade dépendant de l’alcool. En ce domaine, les proches et les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important. Une fois la maladie reconnue et identifiée, il est le plus souvent nécessaire d’accepter de demander de l’aide pour se soigner. S’en sortir constitue souvent un long parcours qui implique une certaine transformation de la personne pour lui permettre de vivre mieux sa vie avec l’abstinence que durant la période où elle s’alcoolisait. Cette transformation est propre à chaque individu mais elle est souvent facilitée par l’acceptation que pour vivre il est possible d’avoir de nouveaux alliés. Chacun peut trouver de nouveaux alliés au sein d’un groupe de parole ou d’entraide, auprès d’un médecin généraliste ou d’un service d’alcoologie mais aussi au sein de sa propre famille ou d’un réseau d’amis. Le temps est une donnée essentielle pour le rétablissement car le parcours peut être jalonné de périodes de réalcoolisation plus ou moins longues et douloureuses. Pour ceux qui sont auprès d’une personne qui est sur ce chemin, il est important de conserver la confiance qu’il pourra s’en sortir, de ne jamais renoncer à l’idée qu’un avenir meilleur est possible. La confiance est une arme thérapeutique essentielle pour l’accompagnement d’un alcoolo-dépendant.


D.R.

***S. H. :* Qu’avez-vous envie de dire aux professionnels de santé œuvrant dans la prévention ?**

L’alcoolo-dépendance est un vrai problème de santé publique dans notre pays, dans lequel la parole des malades n’est pas suffisamment reconnue, entendue dans l’espace public ni associée à tout ce qui touche à la prévention ; cette parole n’est également pas suffisamment prise en compte dans la formation des professionnels de santé ou encore pour l’accompagnement des malades et de leurs familles dans les lieux de soins. J’ai envie de leur dire de ne pas oublier de faire intervenir des anciens malades de l’alcool pour faire entendre des voix authentiques témoignant de ce qu’est le vécu de cette maladie et illustrant d’une parole vraie les moyens existants pour s’en sortir. L’abstinence n’est pas « un chemin de croix » pour lequel il faudrait lutter tout le restant de sa vie, elle peut aussi ouvrir la porte à une vraie renaissance pour les personnes qui parviennent à en faire un choix de vie assumé.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

numéro 396

Juillet-Août 2008

Médias et santé
développer l'esprit critique

L'éducation pour la santé s'est longtemps résumée à transmettre des informations… mais non contents de remettre régulièrement ce modèle en question, les intervenants en éducation pour la santé ne doivent-ils pas aussi éduquer à l'information ?

Des premiers pas hygiénistes et médicaux de l'éducation pour la santé (début du XX[e] siècle) à nos jours, une révolution est, en effet, passée par là : celle de l'information. Les messages santé sont désormais partout : sur les télévisions, les téléphones, Internet, les journaux, les produits de grande consommation. Ils sont aussi de tous ordres : informatifs, commerciaux, éducatifs, structurant ainsi des représentations sociales, des normes, des valeurs, des cultures… Comment alors faire le tri de ces messages, quels crédits leur accorder ? Quels impacts en attendre ? Quels effets en redouter ? Ces questions sont au cœur de ce dossier qui prend plus particulièrement pour objet de réflexion les jeunes : enfants et adolescents. Baignant dans un univers médiatique et informationnel parfois incompréhensible pour leurs aînés, à la fois consommateurs et cibles des médias, les plus jeunes sont en effet aussi les plus vulnérables.

La première partie du dossier propose une mise en perspective de l'« information santé » : de quoi parle-t-on ? Se repérer dans ce véritable et foisonnant « marché de l'information santé », proposer quelques clefs de lecture et de décryptage des médias et inciter enfin à décrypter l'information et les médias sont les lignes d'intention de cette première partie. Différents travaux de recherche menés au Québec et en France sont également présentés. Ils précisent les perceptions des médias par le public, les influences de l'information en matière de comportement de santé et donnent également des pistes de réflexion et d'action pour une éducation critique aux médias.

La deuxième partie du dossier aborde, au travers d'entretiens menés auprès de spécialistes des médias, les relations des jeunes avec les modes de communication et leur manière de les « consommer ». Ils évoquent également des questions d'actualité comme le lancement de chaînes de télévision pour les bébés ou la banalisation de la violence sur le petit écran. Cette séquence est complétée par un article sur la place faite au décryptage de l'information, notamment à l'école.

Le dossier présente, enfin, une série d'expériences où, concrètement, dans le cadre de programmes d'éducation à la santé ont été mises en place des actions où il est question de comprendre autrement les médias et l'information qui y est véhiculée, notamment les publicités et leurs messages séducteurs. Dans un second temps, il est proposé aux jeunes d'être, à leur tour, producteurs de médias, en réalisant leur propre spot d'information relative à la santé. En étant créateurs d'information, les jeunes ne sont plus seulement consommateurs : ils développent un regard, un esprit critique et donc des aptitudes.

Joëlle Kivits
Alain Douiller

Dossier coordonné par **Joëlle Kivits,** sociologue, responsable de projets à la Société française de santé publique, **Alain Douiller,** directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse, avec la collaboration de **Sylvie Giraudo,** chargée de mission prévention, département Prévention et promotion de la santé à la Fédération nationale de la mutualité française.

Le marché de l'information santé : une cacophonie organisée ?

Le marché de l'information santé n'a jamais été aussi florissant. Difficile de s'y retrouver dans la cacophonie d'informations disponibles dans l'ensemble des médias. Difficile aussi parfois d'identifier clairement l'émetteur pour avoir les idées claires sur ses objectifs. Face à cette surabondance, le risque majeur est la confusion des genres entre le message de prévention de service public et le message commercial. Panorama de l'offre d'information des médias en matière de santé.

Comment se soigner, être et rester en bonne santé ? Voilà un thème pour lequel l'information ne manque pas… Le poste de télévision à peine allumé et des pistes nous sont proposées : tel aliment assure contribuer à préserver notre forme ; tel reportage informe sur l'avancée technologique de la médecine et les miracles maintenant accomplis ; telle campagne met en garde contre le tabac. Que nous écoutions la radio, ouvrions un magazine de presse, surfions sur Internet ou que nous nous baladions en ville, les messages relatifs à la santé nous submergent, qu'ils proviennent de publicitaires, de pouvoirs publics, d'industriels… Le receveur du message se noie dans une cacophonie médiatique sanitaire (1).

L'exemple par excellence est l'alimentation saine et l'information compétitive qui l'accompagne, du message institutionnel à la publicité commerciale : face à cette surinformation, chacun doit s'y retrouver, faire le tri et surtout faire sens de ces messages au quotidien. Si une récente enquête de l'INPES nous apprend que le message « 5 fruits et légumes par jour » est mémorisé par plus de 90 % des publics adultes et enfants, il est également démontré comment les plus jeunes intègrent tout aussi efficacement les messages publicitaires souvent accompagnés d'allégation santé (2). Aux messages relatifs à l'alimentation, s'ajoutent le thème de l'activité physique et nombre d'« habitudes saines » auxquelles nous sommes exhortés à adhérer.

Peut-on cependant parler de cacophonie médiatique ? Ce paysage médiatique et informationnel, aussi dense soit-il, n'est-il pas davantage un marché bien organisé qui trouve justification dans un contexte sociétal favorable à la santé ? Dans les sociétés développées, la santé n'est plus seulement matière de soins mais de plus en plus affaire de prévention et d'éducation et repose donc sur la diffusion d'informations. Par ailleurs, ces mêmes sociétés situent au centre de leurs sphères d'activité, des individus responsabilisés qu'ils se voient imposer, choisissent ou négocient ce processus de responsabilisation ; en matière de santé, il s'agit pour chaque individu de gérer sa santé personnelle, l'objectif étant de la préserver. On comprend dès lors la place que prennent l'information et la médiatisation de la santé : non seulement, la santé devient un sujet médiatiquement porteur et vendeur mais l'information santé fait surtout sens : elle poursuit le colloque singulier entre le professionnel de la santé et le malade, au-delà du cadre strictement médical, pour pénétrer l'ensemble des espaces de vie.

La question de l'information relative à la santé doit être posée plus vivement que jamais : de quelle information parle-t-on ? Décrire le marché de l'information relative à la santé n'est pas tâche aisée. Il est proposé ici une tentative d'organisation de l'offre d'information en la structurant autour des médias, des finalités et des thématiques des messages véhiculés. L'objectif n'est pas de présenter un

panorama complet et précis mais bien d'organiser la cacophonie apparente.

Le marché de l'information santé

Image en son…

Les médias audiovisuels, télévision et radio, sont les porteurs privilégiés des messages relatifs à la santé. Leur première particularité est de toucher un public large – seuls 5 % des foyers ne possèdent pas de télévision (3) ; la radio reste pour les Français un médium très écouté[1] – tout en proposant des programmes à la fois diversifiés et ciblés. Chaque catégorie de la population constitue en effet un public en soi, des plus jeunes aux plus âgés, en témoignent la spécialisation des programmes mais aussi l'apparition des chaînes télévisées spécialisées (pour bébés, pour seniors).

L'information santé se retrouve mise en image et en son, dans deux types de programmes. D'une part, la thématique santé constitue le fil conducteur de l'émission ou du programme : les magazines dédiés ont un objectif santé clairement énoncé basé sur le développement d'un thème ou sujet de santé au travers d'informations factuelles, de témoignages, d'entretiens… Ils s'adressent à un public intéressé par le sujet traité. Parmi les programmes ou séquences audiovisuels à l'objectif santé explicite, se retrouvent également les messages institutionnels tels que les campagnes de communication, leur particularité étant de vouloir toucher le plus grand nombre, que le public soit ou non concerné par le message transmis.

D'autre part, l'information relative à la santé se trouve souvent intégrée, voire dissimulée, dans des programmes d'information (journaux télévisés, magazines d'information, etc.), publicitaires (spots, annonceurs, etc.), ou de loisirs et de divertissement, notamment les séries télévisées. Si ces dernières ne proposent pas un objectif de santé, elles ont néanmoins pour cadre narratif la santé (personnages qui sont des professionnels de santé, exerçant dans des lieux d'exercice médical), et peuvent même promouvoir des habitudes de vie saines (4-6).

… sur papier…

La santé occupe une place généreuse dans la presse écrite. Dans la presse quotidienne, la santé est avant tout un sujet d'actualité, à l'instar des journaux télévisés, mais pas uniquement. Des pages santé sont en effet disponibles dans la presse quotidienne. Par ailleurs, publicités, campagnes de communication, annonces relatives à la santé rythment la production de la presse écrite. La presse hebdomadaire ou mensuelle – d'information et féminine principalement – accorde également une part significative à la santé en proposant des rubriques santé.

Aux côtés de la presse généraliste, est apparue une presse spécialisée dans la santé qui occupe une audience de plus en plus importante (7).

Si le public est moins important en nombre que, pour les médias audiovisuels, on peut cependant percevoir un public attentif qui « choisit » de s'informer.

… en ligne

Internet est devenu le médium incontournable en matière de santé. C'est au début des années 2000 que les premières évaluations de l'Internet santé sont réalisées (8). L'audience et l'intérêt pour l'Internet dédié à la santé n'ont cessé de croître depuis.

Il est cependant difficile de définir « un » Internet santé. Il est en effet aujourd'hui important de percevoir la diversification des formats, des messages mais aussi des types d'utilisation. Les sites Internet santé peuvent être généralistes ou spécialisés ; le fait de professionnels de santé, d'usagers ou des deux ; les vitrines publicitaires de marques surfant sur la vague santé ; des sites de vente de produits, du médicament au produit de bien-être… Internet, comme véhicule d'information relative à la santé, se caractérise donc par sa complexité de production et d'usages de messages.

Par rapport aux autres médias, il comporte deux nouveautés. D'une part, Internet fait de l'utilisateur l'acteur du médium, dans la mesure où il fait la démarche d'aller chercher l'information à l'heure et au moment où il le désire et ce, contrairement à la radio, la télévision ou la presse écrite, qui imposent les contenus santé et minimisent l'interaction. D'autre part, les internautes, quels que soient leurs profils, expériences, connaissances, peuvent devenir des producteurs d'information santé : blogs, forums, sites personnels… sont autant de nouveaux espaces d'expression pour les usagers et les patients, venant compléter une offre de sites déjà abondante[2]. Les méfaits et bienfaits des potentialités d'Internet sont aujourd'hui bien documentés (9).

Ce paysage médiatique ne serait pas complet si on n'y ajoutait les posters, affiches, dépliants, livrets… autant de visuels et d'outils pédagogiques mis à la disposition du grand public, du cabinet médical à l'hypermarché. Ils accompagnent et permettent une réflexion guidant l'action du public en matière de santé et font le lien entre le professionnel de santé et la personne en quête d'un questionnement.

Les finalités et thématiques des messages

Il est légitime de se poser la question de la finalité de l'information relative à la santé. Quels sont en effet les objectifs d'informer sur la santé ? La réponse n'est pas évidente, les producteurs et intermédiaires derrière un message étant nombreux.

On peut distinguer deux grandes finalités. Lorsqu'il s'agit de prévenir, de témoigner, d'informer sur un fait, une maladie, une prise en charge… la santé est au cœur de l'information. Les campagnes de communication ont pour objectif de prévenir sur des habitudes de vie, des pratiques de dépistage, des modes d'organisation de soins… qui doivent *in fine* informer le public sur la prise en charge et la préservation de sa santé.

Mais vendre et divertir sont aussi des finalités prioritaires, rarement affichées, de ce marché de l'information relative à la santé. La référence à la santé peut être utilisée comme promotion d'un produit bien que cette pratique soit aujourd'hui réglementée (10). De même, le divertissement peut reposer sur des références à la santé, thème porteur d'audience.

La difficulté n'est pas tant les différentes finalités que leur entrecroisement. Un programme de divertissement pourra avoir comme effet positif de prévenir sur des conduites à risque – par exemple au travers d'un programme télévisé met-

tant en scène des adolescents en situation de risque. Il est aussi intéressant de constater comment des messages de prévention s'appuient sur un format fiction en y mêlant information et divertissement, afin de retenir l'audience[3]. La situation inverse – lorsqu'une information promotionnelle à caractère marchand se fait passer pour un message de prévention – peut par contre avoir des conséquences négatives et même contribuer à une désinformation. De même que l'absence d'un traitement d'un thème, c'est-à-dire le non-dit, peut être porteur d'une désinformation.

Si l'on regarde ce marché de l'information relative à la santé selon les thématiques développées, on constate que l'information relative aux maladies, à leur prise en charge, à l'organisation des soins est présente mais de manière ponctuelle, en fonction de l'actualité. Le paysage informationnel et médiatique consacré à la santé semble être dominé par les thématiques de la prévention, de la promotion de la santé et du bien-être sanitaire. Contrairement à la maladie, aux soins, à l'organisation de la santé qui ne tendent à associer que les spécialistes des questions traitées, les thématiques de prévention, promotion et de bien-être permettent l'implication non seulement des acteurs de la santé mais également de la publicité et des médias, qui s'approprient ces thématiques avec aisance (5, 6).

Face à ce marché de l'information relative à la santé, on relève un risque majeur : la confusion des genres. À la fois thème prioritaire de politique publique et thème vendeur et porteur, on retrouve sur les mêmes médias des messages aux finalités très différentes, voire opposées, et aux thématiques qui se ressemblent lorsqu'il faudrait les dissocier. La confusion des messages est certaine et l'implosion des significations est probable. De plus, la présence de plusieurs acteurs pose le problème de la crédibilité des sources. Un second risque réside dans les thématiques les plus médiatisées : la santé présentée par les médias est celle d'une bonne santé à préserver et de bonnes habitudes de vie à respecter, occultant les soins et leur organisation.

L'enjeu majeur est ici éducationnel. Il apparaît en effet indispensable d'armer le public à décrypter les messages. Ce public large, souvent compris dans sa globalité et son unité factice, comprend des populations vulnérables : les jeunes et les populations en situation de précarité sociale. Concernant les jeunes, les initiatives d'apprentissage de lecture des médias et des messages doivent être encouragées. Elles existent en France, comme l'illustrent plusieurs des articles de ce numéro de *La Santé de l'homme ;* elles mériteraient d'être développées. Concernant les populations précaires, un rapport sur la littérature en matière de santé (11) montre combien cet enjeu est important : il existerait en effet un analphabétisme en matière de santé, à la source d'inégalités en matière de prévention et de promotion de la santé. Réduire ces inégalités, en armant aussi ces catégories de populations souvent oubliées, constitue un vrai enjeu de santé publique.

Enfin, il est essentiel que les impacts de cette surinformation et médiatisation soient mieux compris, au regard du contexte socioculturel mais également au regard des expériences de santé – et de maladie – des individus. Aider les jeunes et leur donner les outils pour comprendre d'où viennent les messages et comment ils se construisent est important. Une telle démarche, pour être complète, doit cependant s'accompagner d'une meilleure compréhension de l'appropriation des messages et de leur mise en sens, ce qui implique de considérer un environnement plus large que le cadre de réception et de lecture des messages. C'est à cette condition qu'il sera possible d'accompagner ces jeunes pour qu'ils maîtrisent, de manière pratique et concrète, l'information relative à la santé. Par ailleurs, une meilleure compréhension de l'appropriation des messages relatifs à la santé devra aider les professionnels de santé à adapter leur communication.

Joëlle Kivits
Sociologue, responsable de projets,
Société française de santé publique,
Vandœuvre-lès-Nancy.

1. Selon Médiamétrie, sur une période de trois semaines complètes en septembre 2007 et janvier 2008, 94,3 % des personnes âgées de 13 ans et plus ont écouté au moins une fois la radio.
En ligne : http://www.mediametrie.fr/resultats.php ?rubrique=rad&resultat_id=535
2. Voir, par exemple, le projet CareVox.
En ligne : http://www.careVox.fr
3. Voir, par exemple, les spots télévisés de l'INPES diffusés en octobre et novembre 2007 : « Vos questions nutrition » dans le cadre du programme « Bien manger et bien bouger au quotidien… c'est possible ! ».
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/index.asp ?page=70000/cp/07/cp071001.htm#top

Références bibliographiques

(1) Cerin. *La cacophonie alimentaire : diagnostic et remèdes.* Alimentation et santé n° 179, juillet-août, 2007 : 1-3.
En ligne : http://www.la-cuisine-collective.fr/dossier/cerin/print.asp ?id=137
(2) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Post-test des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus.* Saint-Denis : INPES, 2007 : 84 p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/ 30000/pdf/messages_sanitaires_etude_INPES.pdf
(3) Insee. Enquête permanente sur les conditions de vie 2004.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATSOS05118&reg_id=0
(4) Davin S. *Urgences et ses spectateurs : La médecine dans le salon.* Paris : L'Harmattan, 2007 : 157 p.
(5) Seale C. *Media and Health.* London: Sage Publications, 2003: 256 p.
(6) Renaud L. (sous la dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé.* Québec : Presses de l'université du Québec, coll. Santé et société, 2007 : 328 p.
(7) Selon Audipresse, étude AEPM 2007.
En ligne : http://www.audipresse.fr/node.php ?id=906&elementid=1537
(8) Fox S., Rainie L. *The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves.* Washington: The Pew Internet & American Life Project, 200: 23 p.
En ligne : http://www.pewinternet.org/PPF/r/ 26/report_display.asp
(9) *Trust me. I'm a website.* British Medical Journal n°7337, vol. 324; mars 2002.
En ligne : http://www.bmj.com/content/vol324/issue7337
(10) Directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne du 20 mars 2000.
En ligne : http://eur-lex.europa.eu/pri/fr/oj/dat/2000/l_109/l_10920000506fr00290042.pdf
(11) Rootman I., Gordon-El-Bihbety D. *Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé.* CPAH-ACSP.
En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf

Pourquoi éduquer à l'information sur les questions de santé

Dans une société vouée à la communication et la consommation, quels sont les moyens que peuvent se donner les professionnels pour inciter, en particulier les jeunes, à se forger un esprit critique sur les questions de santé ?

La question de l'éducation à l'information est une préoccupation courante dans le champ éducatif. Tout comme l'est plus encore son corollaire qui interroge l'impact des médias sur le comportement des individus et en particulier des enfants et des adolescents. Ce dossier de *La Santé de l'homme* montre cependant que ces interrogations sont moins habituelles dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Certes le lecteur trouvera dans ce dossier des expériences éducatives mobilisant l'esprit critique des publics face aux médias et à la publicité en particulier. Ces actions, peu nombreuses cependant, sont mal recensées et font peu l'objet de publications. Plus traditionnellement, l'éducation pour la santé s'attache davantage à agir sur les comportements en délivrant des informations sur les thèmes abordés comme par exemple sur les questions de nutrition (qui sont sans doute le thème de prévention majeur de ces dernières années).

Quels messages pour quelles influences ?

Nous devons convenir que la conception de ce dossier de *La Santé de l'homme* n'aura pas été simple. La première difficulté tient sans doute à l'objet même de notre réflexion. « Éduquer à l'information et aux médias sur la santé ». De quoi parle-t-on ? L'information et encore moins les médias, ne recouvrent pas une réalité homogène ni facilement objectivable. Joëlle Kivits, dans son article sur « le marché de l'information santé », en cerne les contours. Elle répertorie les différents supports d'information (radio, papier, Internet, etc.) qui constituent en effet des éléments de différenciation importants. Mais qu'en est-il de l'objectif des messages et des caractéristiques de leurs émetteurs qui permettent d'en comprendre le mieux les logiques et leurs influences sur la santé ?

Les messages santé ont envahi nos univers qu'ils soient alimentaires, sportifs, amoureux, professionnels, ludiques… comme l'information a envahi notre société de son flot ininterrompu de messages : des radios d'information en continu au téléphone mobile en passant par l'Internet, « l'information est partout et tout le temps » ! Mais existe-t-il un point commun entre une publi-

cité pour un yaourt qui « renforce » les défenses immunitaires, un reportage dans la presse écrite sur la prise en charge de malades alcooliques et une campagne institutionnelle télévisée sur les bienfaits de la consommation de fruits et légumes ? Hormis le prétexte « santé » soutenant le message, nous serions tentés de dire que non !

Pour la raison essentielle que les objectifs des émetteurs sont radicalement différents. Quatre types d'émetteurs d'« informations santé » peuvent être distingués. Les émetteurs commerciaux, dont l'objectif est de vendre des produits et qui utilisent de plus en plus souvent des images et des arguments sanitaires. Les émetteurs dont l'information est le métier : les journalistes, la presse écrite, parlée, télévisée, dont l'objectif est de produire, et de vendre de l'information. Les émetteurs d'institutions et de structures de santé et de prévention dont l'objectif « éducatif » est de diffuser des informations et des recommandations afin d'influer sur les comportements relatifs à la santé. Il convient également d'ajouter les « émetteurs involontaires » de messages de santé, c'est-à-dire tous ceux qui, dans des productions d'informations et de messages, abordent des questions de santé sans que cela en soit l'objectif ni l'intention délibérée, notamment pour des productions artistiques (cinéma, musique, littérature…) dont l'impact sur les représentations sociales et sur les comportements n'est pas négligeable.

Médias et santé : développer la recherche et la formation

On le voit bien, ces univers respectifs restent très différents dans leurs logiques et dans leurs intentions, même si des liens existent entre ces catégories (la presse a aussi des logiques et des intérêts commerciaux, l'univers de la prévention s'inspire beaucoup des techniques de la publicité, etc.). Le travail éducatif, d'analyse critique de l'information, en sera donc forcément différent. Il serait tentant de prétendre que l'essentiel des efforts sont à focaliser sur les messages publicitaires, leurs intentions mercantiles et leurs impacts le plus souvent néfastes à la santé. Les associations et instituts de défense des consommateurs sont particulièrement actifs et efficaces dans ce registre *(voir encadré ci-contre)* (1). Certaines structures d'éducation pour la santé et de santé publique investissent peu à peu ce champ-là : voir les outils pédagogiques de décryptage des influences en matière de tabac, d'alcool ou de nutrition, dont plusieurs sont présentés dans ce dossier. Voir aussi la démarche de lobbying entreprise par la Société française de santé publique à propos de la limitation de la publicité dans les émissions pour enfants « Publicité alimentaire télévisée et enfants : le bon choix » (2).

Mais les passerelles avec cet univers éducatif et de l'éducation pour la santé sont peu nombreuses. Le travail d'analyse critique de la publicité reste encore l'exception en milieu scolaire, les enseignants peu formés pour l'entreprendre, les outils et les supports beaucoup moins nombreux et moins accessibles que les supports « pédagogiques » issus des démarches marketing qui envahissent régulièrement l'univers scolaire !

L'analyse de la presse et des médias semble s'organiser davantage : vous trouverez dans ce dossier le travail effectué par des organismes comme le Clemi (3) ou de nombreuses autres structures recensées dans la rubrique *« Pour en savoir plus »*. Il s'agit de repérer autant les différentes formes de discours que les idéologies et leurs intentions, démarches immédiatement utiles et applicables dans le registre de la santé.

Tout comme cet univers des informations santé est peu homogène, difficilement cernable, le corpus de son analyse critique et pédagogique est peu organisé, fait peu l'objet de publications. Si les expérimentations pédagogiques d'analyse des médias sur les thématiques santé sont à encourager – en les inscrivant par exemple dans les axes de recommandations des Plans régionaux de santé publique –, un véritable travail de recherche est à entreprendre dans ce champ, et un dispositif de for-

Les 11-25 ans : des consommateurs courtisés

Les 11 à 17 ans représentent une population de 5 300 000 individus, soit 8,7 % de la population : 2 700 000 garçons et 2 600 000 filles.
Un jeune sur deux dispose d'une télévision dans sa chambre. Les jeunes regardent la télévision, en moyenne, plus de trois heures par jour.
Ces quelques chiffres expliquent pourquoi ils sont la cible des stratégies de marketing : 500 000 spots spécifiquement ciblés jeunes sont diffusés chaque année sur les chaînes françaises au cours d'émissions télé qui leur sont destinées.
La télévision n'est cependant pas le média favori des jeunes qui préfèrent nettement la radio voire l'Internet. Les grandes marques de vêtements de sports, de l'alimentation ou les entreprises de loisirs culturels ou numériques ne s'y sont pas trompé en investissant vers cette cible. C'est vers 10-11 ans que l'enfant commence à disposer de moyens directs (argent de poche), d'autonomie, de poids dans la famille. Du statut de prescripteur, il devient décideur, doté d'un pouvoir d'achat, futur adulte déjà modelé par les publicitaires.
Selon le magazine *60 millions de consommateurs* (1), chaque mois, une vingtaine de nouveaux outils pédagogiques « parrainés » par les grandes entreprises sont mis à la disposition des enseignants du primaire et du secondaire. Sur dix marques achetées par les 25-35 ans, sept ont été rencontrées au cours de l'adolescence.
Restons cependant optimistes, ces «proies faciles » ne sont pas totalement sans défense, notamment lorsqu'elles sont protégées par l'environnement familial et les groupes amis (tribu, bande). La proportion croissante du nombre de blogs (un jeune sur quatre de 11 à 18 ans serait blogueur) va aussi dans le sens d'un libre arbitre préservé : on y exprime ses idées, ses valeurs, ses goûts.
Dans un univers d'échanges en perpétuel mouvement, des pistes sont à creuser pour contrecarrer le poids du publicitaire auprès de médias qui ont la préférence des jeunes : SMS informatifs ou d'alerte, chroniques sur des radios jeunes, courts programmes télévisés sur les chaînes qu'ils privilégient…

M.-F. C.

Source : Bernès C., Loisiel J.-P. *Vulnérabilité et responsabilité des jeunes en matière de consommation*. INC Hebdo 2006 ; n° 1393 : 10 p.
En ligne : http://www.conso.net/images_publications/1393-education_consommation_309.pdf

(1) *École : l'invasion sournoise de la pub*. 60 millions de consommateurs, janvier 2006, n° 401.

mation des pédagogues (enseignants, éducateurs pour la santé, infirmières scolaires, etc.) à organiser.

Former à l'esprit critique, développer les compétences psychosociales

Dans le « socle de référence » des acteurs d'éducation pour la santé, il est possible de puiser des références utiles à ce travail d'analyse critique des médias. L'un des cinq axes de la Charte d'Ottawa de promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986), incite à *« donner les moyens à la population d'acquérir des aptitudes individuelles dans le domaine de la santé »* (4). C'est l'axe le plus « éducatif » et le moins « politique » de cette Charte qui invite par ailleurs dans les quatre autres axes à une action plus centrée sur l'environnement des personnes, les institutions, les pouvoirs publics et moins sur les individus et leurs comportements. Cette orientation s'accompagne cependant d'une indication plus pratique qui est de permettre, grâce à l'éducation pour la santé notamment, d'acquérir des aptitudes qui permettent aux individus *« d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et des choix favorables à celle-ci »*. Si la référence à l'analyse critique n'est pas explicite, le rapprochement peut facilement se faire.

Une équipe de la Division de la santé mentale et de la prévention de la toxicomanie de l'OMS a travaillé spécifiquement sur la question du développement des compétences psychosociales et proposé, en 1993, la définition suivante : *« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social »*. Une liste des dix compétences psychosociales (ou aptitudes essentielles) a été établie. Elles sont présentées par couple dont un concerne directement l'objet de ce dossier : « Avoir une pensée créatrice – Avoir une pensée critique ».

Comme l'explicite Brigitte Sandrin Berthon dans son livre Apprendre la santé à l'école (5), *« la pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs. »*

Les jeunes… et les adultes aussi !

L'essentiel de ce dossier de *La Santé de l'homme* est consacré au développement de l'esprit critique des jeunes, repérés comme plus vulnérables face aux messages médiatiques et à leurs influences sur la santé. Ce constat est juste. Mais ne serait-il raisonnable de penser, en termes de formation pédagogique et de développement de leur propre réflexion critique face aux médias, que l'effort éducatif est aussi à entreprendre auprès des adultes ? Ils sont en effet non seulement les premiers éducateurs, mais aussi les premiers producteurs et les premiers consommateurs de ces messages…

Fondements de la pensée critique

Dans son livre *Éducation aux médias et fonction critique,* Jacques Piette tente lui aussi d'établir les fondements et les habiletés intellectuelles liées à la pensée critique (6). Il estime que l'enseignement de la pensée critique repose principalement sur deux perspectives :

– la perspective philosophique : enseignement de la logique et de ses principes de raisonnement et d'argumentation, développement de la pensée rationnelle, place importante donnée à la prise en compte des dimensions morales et éthiques, questionnement, discussion ;

– la perspective de la psychologie cognitive qui identifie quatre processus cognitifs : la pensée créatrice, la résolution de problèmes, la prise de décision, la pensée critique.

Selon Jacques Piette, pour que se développe une pensée critique autonome, l'élève doit acquérir la maîtrise de certaines habiletés intellectuelles comme la clarification des informations. Cela suppose de poser des questions, concevoir et juger des définitions, de distinguer les différents éléments d'une argumentation, d'un problème, d'une situation ou d'une tâche, d'identifier les problèmes importants et de clarifier les enjeux. Il doit pouvoir aussi juger de la fiabilité des informations en interrogeant la crédibilité des sources, des informations, en identifiant les présupposés implicites et en jugeant de la validité logique d'une argumentation. Enfin, il doit pouvoir évaluer des informations et en tirer des conclusions appropriées.

Jacques Piette mentionne aussi l'importance de tenir compte du contexte culturel et socio-économique lors du développement de la pensée critique. Si une telle typologie peut sans doute être critiquée et amendée, elle n'en amène pas moins des axes de propositions pédagogiques très concrets, certes parfois assez éloignés de certains de nos modèles d'enseignement, mais tout de même accessibles à bon nombre de pédagogues. Pour cela encore, un véritable et systématique travail de recherche et de formation est à entreprendre.

Alain Douiller
Directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse, Avignon.

Références bibliographiques

(1) Que Choisir et Que Choisir santé.
En ligne : http://www.quechoisir.org
(2) Société française de santé publique, Publicité alimentaire télévisée et enfants : le bon choix.
En ligne : http://www.sfsp.fr/petitions/petition.php
(3) Clemi, ministère de l'Éducation nationale.
En ligne : http://http://www.clemi.org
(4) Organisation mondiale de la santé – 1986.
En ligne : http://http://www.who.int/fr/
(5) Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école.* Paris : ESF éditeur, coll. Pratiques & enjeux pédagogiques, 1997 : 128 p.
(6) Piette J. *Éducation aux médias et fonction critique.* Paris/Montréal : L'Harmattan, coll. Éducation et formation, série Références et travaux universitaires, 1996 : 358 p.

Entretien avec Lise Renaud, professeure au département de communication sociale et publique de l'université du Québec, à Montréal, et Monique Caron-Bouchard, sociologue. Lise Renaud dirige le groupe de recherche « Médias et santé ».

« Les médias ont un pouvoir normatif, mais les citoyens ne sont pas dupes. »

Les Québécoises Lise Renaud et Monique Caron-Bouchard décryptent le pouvoir des médias et de l'image en matière d'information sur la santé. Dans un ouvrage récemment publié, elles démontrent le rôle que les médias ont pour façonner des normes, parfois volontairement, parfois à leur corps défendant. Elles effectuent un travail d'influence auprès des médias pour que la prévention et la santé soient mieux prises en compte.

***La Santé de l'Homme* : Dans votre ouvrage (1), vous mettez en lumière le façonnement des normes de santé par les médias. Est-ce à dire que les médias auraient un pouvoir normatif ?**

Lise Renaud : Entendons-nous d'abord sur la définition d'une norme. Selon moi, une norme est un critère collectivement approuvé par les individus. Peut-on dire que les médias transmettent des valeurs qui pourraient devenir des normes ? Oui, sans aucun doute. Cette réponse positive se démontre à travers l'analyse de la publicité, à travers les téléromans, très regardés par les téléspectateurs chez nous, au Québec, et même dans les informations. Je parle évidemment du média roi, qui reste la télévision. Il n'y a aucun doute sur la publicité. Les personnes interrogées dans le cadre du groupe de recherche « Médias et santé » la regardent comme un message normatif mais ils ne captent pas forcément l'ensemble du champ médiatique avec un regard crédule. Car ce champ est construit par divers acteurs dont certains sont plus dominants que d'autres : parlons des acteurs économiques qui, dans le domaine de la santé publique, sont particulièrement présents. En résumé, les médias sont normatifs mais les citoyens ne sont pas forcément dupes.

Monique Caron-Bouchard : Tout le monde s'accorde à dire : « *Oui, les médias ont un pouvoir normatif.* » Mais du fait de la diversité des médias, de l'accessibilité et de l'interactivité différentes que présentent ces médias, leur pouvoir est plus diffus. Et donc plus dangereux peut-être. Dans cet environnement, il y a de fortes chances que nous soyons marqués par ces messages et que cela laisse des traces.

***S. H.* : Nous pouvons imaginer que les médias – télévision, Internet, presse écrite – ne font que véhiculer un message construit en amont. Est-ce le cas ?**

L. R. : Il existe, dans le paysage audiovisuel surtout, des plages qui ne sont construites que pour véhiculer un message venu d'ailleurs. Je m'intéresse plus particulièrement aux formes plus insidieuses. Regardez les émissions de divertissement. Elles ont un pouvoir très fort vis-à-vis du public. Sans doute est-ce la raison pour laquelle nous trouvons dans ces émissions des éléments, pour ne pas dire des messages, qui indiquent comment manger, quoi manger, comment se comporter… Bref, le véhicule est téléguidé. Il y a aussi des formes plus « culturelles », comme les informations au cours desquelles sont exposées des prises de position pour ou contre la santé publique. Cela étant, les médias ne peuvent être considérés comme de simples véhicules de transmission, la réalité est plus complexe. Car il y a des leaders d'opinion, des lobbies, des facteurs divers qui interviennent.

M. C-B. : C'est certain. La fonction du média est différente car il est divers. Internet n'est pas la télévision. La construction du message dépend, bien sûr, de la forme que le média va proposer. Mais compte tenu de la diversité des messages et des émetteurs, il est difficile de généraliser. Parfois, le média agit comme un simple véhicule, un outil locomotive : un TGV possède plusieurs locomotives qui peuvent aller dans deux directions, plus ou moins vite. Néanmoins, le voyageur demeure dans son wagon et la locomotive passe par des voies qu'il ne connaît pas. Le domaine de la santé traité dans les médias, c'est la même chose. Le média décide de faire une série d'émissions et il a le pouvoir éditorial. Mais il va partager cet espace avec tout un ensemble d'acteurs.

***S. H.* : Quelle influence peut avoir une mise en forme médiatique sur la transmission d'un message ?**

L. R. : Placer une corbeille de fruits sur une table dans une émission de variétés est plus important, selon nous, que de vanter tel ou tel produit sucré. Nous avons créé notre groupe de recherche sur les médias et la santé pour « faire le pont » entre les acteurs de l'univers des médias et ceux de l'univers de la santé. Aujourd'hui, manger des fruits, notamment au travers de la campagne « 5/30 » (2) que nous avons étudiée dans notre ouvrage, est entré, par l'image, dans un certain nombre d'émissions. Cela veut dire que la mise en forme a de l'importance. Je préfère bien sûr celle qui est positive.

M. C-B. : La rhétorique de l'image est effectivement intéressante à étudier. Il est certain que le visuel, le langage, la forme, plus coercitive et plus coincée ou, au contraire, plus ludique et permissive, déterminent la réaction du public. La santé s'adresse à l'individu avant tout, c'est pour cela qu'au-delà de l'habillage il y a avant tout la recherche de l'information simple, captive. Je crois, en matière de santé publique, à la force de l'interactivité. La forme de l'image la plus performante, pour moi, est celle grâce à laquelle nous pourrons correspondre.

***S. H. :* Dans les recherches que vous avez menées, les publics « récepteurs » étudiés ont-ils conscience du parcours d'une information ou d'un message santé ?**

L. R. : Je suis très surprise par le niveau de connaissance des personnes que nous avons rencontrées lors de notre recherche. Elles connaissent la provenance des messages. Mieux, j'ai découvert que, souvent, ces personnes font par elles-mêmes le cheminement pour comprendre d'où vient le message. Cela ne veut pas dire qu'elles prennent le message pour argent comptant. Parfois, ce cheminement est nécessaire pour mieux le contrecarrer. N'oublions pas que nous sommes dans un domaine bien particulier qui est celui de la santé. Le téléspectateur est intelligent face à l'image santé car celle-ci est tournée vers l'individu.

M. C-B. : Dans les groupes que j'ai consultés, j'ai aussi constaté que les individus ont l'intelligence du décryptage de l'image santé et de la multiplicité et de la diversité des sources d'information. Dans leur paysage, il n'y a pas que la télévision généraliste. Ils connaissent tous les parcours et ils sont conscients de l'usage de l'outil et de son pouvoir. Je partage totalement cette notion d'image sociale de la santé. La question du vieillissement, de la solitude, les problèmes d'obésité, l'alimentation… Les gens en parlent beaucoup. Le média participe beaucoup de ces attentes personnelles. Et nous constatons que les hommes, les femmes, les plus nantis ou moins nantis veulent en savoir davantage sur le processus du traitement de l'information santé. Le spectateur, ou consommateur d'un média interactif, a, à la fois, une image de la santé sociale et personnelle.

***S. H. :* Sur l'alimentation et l'activité physique – deux thématiques sur lesquelles vous avez travaillez –, comment les publics étudiés réagissent-ils face aux messages santé qui leur sont envoyés ?**

L. R. : Remettons les pendules à l'heure. Nous avons constaté que le « Défi santé » (NDLR : programme mis en œuvre au Québec) – un concours où la personne s'engage à manger 5 fruits par jour et à avoir 30 minutes d'une activité physique – fonctionne d'abord auprès d'un public précis. Il est de classe moyenne. Il est volontaire. Il a un cheminement personnel qui consiste à vouloir chercher de l'information. Le site Internet est très bien construit. Et, selon moi, il fonctionne d'une manière forte car le média est adapté aux messages simples prodigués et son utilisation permet une navigation à la fois ludique et précise. Il demeure tout de même que, malgré cette restriction apparente, nous voyons apparaître des signes positifs dans les comportements alimentaires et physiques du public.

M. C-B. : Je reviens sur la simplicité des messages. Il s'agit bien d'une campagne positive, qui ne se fonde pas sur « ne pas » mais sur « voici ce que vous pouvez faire ». Le « Défi santé » était porté par les différents types de médias, en particulier Internet. Ce média rejoint de plus en plus tous les groupes d'âge, il façonne l'information à l'égard de la santé et est un mode de communication interactive.

***S. H. :* Comment regardez-vous la télévision désormais ?**

L. R. : Avec une certaine complicité. Nous continuons de réfléchir en amont avec les producteurs pour que santé et prévention soient pris en compte dans les images diffusées. Il faut du temps pour faire évoluer une norme, mais quel plaisir quand, au détour d'une prise de vue dans une fiction, par exemple, j'aperçois une corbeille de fruits !

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

(1) Ouvrage collectif sous la direction de Lise Renaud. *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé.* Québec : Presse de l'université du Québec, coll. Santé et société, 2007 : 328 p.
(2) 5 fruits et 30 minutes d'activité physique par jour.

Entretien avec Christian Gautellier, directeur de la mission « Enfants, écrans, jeunes et médias » des Ceméa (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active), vice-président du Ciem (Collectif inter-associatif enfance et média).

« L'éducation au regard est aussi indispensable à l'enfant que l'éducation au goût »

Le lancement d'une deuxième chaîne de télévision pour les bébés fin 2007 a suscité émoi et débat chez les acteurs éducatifs et politiques. Une occasion de nous interroger sur la relation qui lie le jeune spectateur au petit écran, le développement psychologique de l'enfant et, plus largement, les interactions avec l'environnement familial et les enjeux d'une éducation aux médias.

***La Santé de l'homme :* Vous vous êtes opposé, il y a quelques semaines, au projet de la chaîne Baby first. N'existe-t-il pas une autre chaîne destinée aux bébés ?**

Christian Gautellier : Oui : le lancement de cette seconde chaîne destinée aux bébés a, effectivement, suscité une prise de position de notre part appuyée d'ailleurs, et nous nous en réjouissons, par un avis allant dans ce sens de la direction générale de la Santé le 16 avril dernier. Je vois, à travers cette médiatisation, la preuve que les réflexions que nous avons engagées, il y a maintenant des années, sur les relations entre les médias et la santé ont permis de donner une certaine ampleur à ce sujet. Quand je dis « nous », il s'agit bien des associations professionnelles de pédiatres, pédopsychiatres, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, associations éducatives, de parents et familiales représentées au Ciem. Baby TV, la première des chaînes de même nature, a pris naissance, il y a plus d'une année. Elle avait été lancée d'une manière moins agressive, plus discrète, sur un concept de temps d'antenne différent. Sans doute, avons-nous été surpris qu'une télévision cible des bébés de 6 mois. Nous avons continué à travailler et à faire entendre nos arguments.

***S. H. :* Cet avis négatif s'appuie-t-il sur des études précises, des analyses ou sur des positions de principe ?**

Des études précises sont de plus en plus disponibles. Et, c'est important, nous remarquons qu'elles vont dans le même sens. Je citerai les travaux de Dimitri Christalis et de Fréderic Zimmerman (1, 2) qui sont, selon moi, très en pointe dans la recherche sur les médias et la santé des jeunes enfants. Nous allons d'ailleurs essayer de les faire venir en France en décembre pour avoir une confrontation d'idées. L'originalité de leurs études est dans le suivi de bébés de moins de 3 ans, exposés très fortement à des écrans. Ces enfants ont été observés durant des années parallèlement avec d'autres qui, eux, n'avaient pas été soumis aux effets de la télévision. Ces travaux complètent d'autres études, notamment menées en Allemagne, sur des enfants de 4 à 5 ans. Celles-ci sont basées sur des analyses des représentations que se font ces enfants de leur corps, de ce qui les entoure… Nous constatons que très peu d'enfants confrontés à des images à la télévision, ont une représentation corporelle d'eux-mêmes ou d'un adulte conforme à la réalité. Les représentations sont souvent difformes : trois bras, deux têtes… Et puis, nous le savons, même s'il y a silence là-dessus, aux États-Unis, les organisations professionnelles, en particulier celles des pédiatres, ont pris fermement position pour déconseiller, voire interdire la télé pour les jeunes de moins de 2 ans. Ces études convergentes existent et sont à la disposition de tous. Nous demandons d'ailleurs, puisque des interrogations subsistent, que des moyens soient mis à disposition des équipes de recherche pour que nous puissions nous appuyer plus fortement sur des observations tangibles.

***S. H. :* Vous réclamez l'application du principe de précaution. Vous souhaitez un débat public. Pourquoi ?**

Nous avons aussi des convictions. Nous pensons qu'aucune demi-mesure ne peut répondre au risque grave de nuisance pour la santé des bébés que représentent ces chaînes. Le principe de précaution est, à nos yeux, très important. Je rappelle d'ailleurs qu'il est inclus, maintenant, dans la Constitution. S'il y a un doute, je pense qu'il est nécessaire de le mettre sur la place publique et, ainsi, tout faire pour éviter de se retrouver, comme pour l'amiante, le tabac ou pour certains dossiers touchant à la santé, dans dix ans, avec un problème non résolu. Nous plaidons notre responsabilité de professionnels d'éducation, de santé, celle de parents.

C'est donc de notre responsabilité de dire qu'il y a un certain nombre d'études dont les conclusions vont dans le sens d'un risque pour le développement de l'enfant.

En tant qu'éducateur, j'ajouterai qu'au niveau des statistiques de développement cognitif des enfants (processus par lesquels un être vivant acquiert des informations sur son environnement, Ndlr), nous savons bien que certaines activités correspondent à différents niveaux d'âge. À 6 mois, la télévision n'est pas une activité fondamentale. Elle présente même des risques pour le cerveau. Non, l'usage de l'écran ne peut s'envisager – et encore, de manière équilibrée et entourée d'activités motrices plus relationnelles avec des approches conceptuelles – qu'à partir de 3 ou 4 ans. Là, nous sommes dans une démarche éducative.

S. H. : **Comment les professionnels de la télé, les concepteurs et producteurs de contenu reçoivent-ils vos arguments ?**

Nous sommes dans une relation de dialogue et les choses ne peuvent se faire autrement. Mais concernant ces chaînes télé pour bébés, je pense que nous avons franchi la ligne jaune. Nous savons bien que les industriels du contenu, comme nous les appelons parfois, se préoccupent depuis fort longtemps de programmes adaptés à des tranches d'âge définies. Mais depuis quelques années, nous constatons des logiques de ciblage, qui s'adressent de plus en plus tôt aux enfants : soit de manière directe à travers la publicité mais ce n'est pas le cas pour les chaînes Bébé, soit de façon indirecte par rapport aux produits dérivés, y compris la quête de fidélisation où nous retrouvons la cible « enfant ».

Ce constat est identique si nous regardons des productions diverses pour enfants de 2 à 3 ans existant sur le marché comme des CD-Rom, des vidéos, ou des programmes disponibles sur ordinateurs. Nous avons donc essayé de sensibiliser les auteurs et les éditeurs. Nous avons réussi à poser le problème sur le fond en termes de développement éducatif, cognitif des très jeunes enfants, en évitant progressivement l'image qui nous était accolée par le passé de porteur d'interdits. Aujourd'hui, ce n'est plus le problème du contenu qui est immédiatement posé. C'est bien d'abord celui de l'exposition à des images.

S. H. : **Vous évoquez la notion de risque pour le développement cognitif de l'enfant. Y a-t-il, selon vous, un risque présumé de dépendance ?**

Très clairement, nous parlons de quoi ? D'un moment dans la vie où l'enjeu pour l'enfant va être de, progressivement, se séparer de la mère. La dépendance s'installe quand le bébé trouve un refuge dans cette sorte de chaleur produite par l'image. Que se passera-t-il plus tard quand, devenu adolescent, il sera en difficulté relationnelle ? Aura-t-il besoin en permanence d'un écran pour se sécuriser ? Nous savons que l'addiction à l'écran, aux jeux vidéo, touche certains adolescents en recherche d'un monde persistant. La responsabilité de certains programmes est avérée. L'outil média a aussi sa part de responsabilité. Je parle d'outil car nous pourrions évoquer le cas de la téléphonie mobile, par exemple, qui lui aussi se transforme maintenant en écran. Nous n'avons pas encore vu l'effet de la « télé bébé » quinze années après. Comment allons-nous les retrouver ?

Comme éducateur, j'ajouterai que des corrélations sont observées dans le domaine de l'attention. Le média capte l'attention de l'enfant. Certaines études américaines évoquent la notion d'hyper attention reposant sur la recherche de stimulation permanente, proposant à l'enfant sur des temps courts une consommation d'images flashes, façon zapping... Nous sommes à l'opposé d'une démarche éducative, plus en profondeur. Cette « deep attention » ou « attention en profondeur », doit permettre une vraie acquisition de connaissances et ainsi construire une démarche critique, avec la prise de distance nécessaire à toute compréhension.

S. H. : **D'autres risques attribués aux médias appellent-ils, de votre part, une vigilance particulière ?**

Il y a, bien sûr, tous les risques qui sont liés aux contenus des programmes et qui peuvent laisser un certain nombre de traces. Nous avons parlé du principe de précaution, nous réclamons aussi la vigilance. Il y a des incertitudes sur le téléphone mobile, notamment sur un risque potentiel dû à l'exposition des ondes. Nous estimons, à ce sujet, que l'objet téléphone mobile peut correspondre à des stades de développement et de socialisation de l'enfant entrant au collège, par exemple. Nous recommandons qu'il n'y ait pas d'offre de produits spécifiques pour les jeunes enfants. Cet équilibre est actuellement maintenu en France. L'Association française des opérateurs mobiles (Afom), avec qui nous discutons, s'est engagée, en relation avec le ministère de la Santé, à ne pas avoir de politiques commerciales en ce sens. Le risque est pourtant à nos portes. Avant Noël, des sociétés espagnoles ont proposé des produits plus proches du jouet, avec trois ou quatre fonctions pour des jeunes enfants de 4-5 ans. Il faut réclamer cette vigilance car, en ce domaine, les chiffres des enfants de 6 à 10 ans possédant un téléphone mobile atteignent chez nous 25 %. En Angleterre ou en Italie, par exemple, ils sont deux fois plus nombreux.

S. H. : **Et sur Internet, portez-vous un regard particulier ?**

C'est un peu la même chose. Tant que les adolescents n'ont pas acquis une autonomie, qu'ils n'ont pas eu les moyens d'avoir une éducation critique, c'est-à-dire une éducation au choix, nous devons être vigilants. Nous pensons, et c'est le rôle du Ciem, qu'un travail d'éducation et de formation doit être proposé aux parents qui le souhaitent.

Sur les objets numériques, il y a une espèce de fascination, du reste bien entretenue par les opérateurs. Les familles ont leur mot à dire. Mais toutes les études le démontrent, peu de parents jouent le rôle d'éducateurs face aux médias et ainsi accompagnent leurs enfants dans cet univers particulier. C'est la raison pour laquelle nous sommes pour toute recherche de convergences entre les pouvoirs publics qui ont leur rôle de régulation, les industriels et les associations.

S. H. : **Néanmoins, vous écrivez (3) qu'*« une politique seule de protection ne suffit pas »*. Vous souhaitez *« des actions d'éducation aux***

***médias diversifiés, inscrites dans un projet global*». Vous prônez *« une éducation au regard »*. Pourquoi ?**

L'image est partout. Et son caractère nomade correspond à l'usage multifonctionnel que les médias, dans leur ensemble, proposent. L'éducation au regard permet de décoder un certain nombre de représentations. Elle permet de comprendre l'environnement et aussi d'appréhender la notion de protection, ce droit à l'image qu'il est, selon moi, indispensable de donner aux enfants assez tôt. L'éducation au regard est aussi indispensable pour la formation de l'individu que l'éducation au goût, la quête du sens de l'alimentation. Nous travaillons sur la diététique des écrans, c'est-à-dire l'esthétisme des images. Cela permet de faire réfléchir sur la notion des émotions relatives au sens de l'image. C'est particulièrement vrai sur le sujet de la violence. C'est également vrai sur la découverte de la beauté, de l'esthétisme. Mais, bien sûr, sans occulter le lien avec le contenu.

Cette éducation au regard nous apporte, aussi, nos propres réflexions en matière de méthodes. Pour simplifier, nous disons que pour casser le côté passif de l'image, il faut mettre les enfants en situation de créer leurs images. Le téléphone mobile avec sa faculté de capter de l'image, de la consommer, est-il un média ? Et comment l'utiliser ? La technologie proposée est de plus en plus simple. Blogs, photos, vidéos, portables… Le travail sur le regard est un outil pour le récepteur, une éducation citoyenne.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Références bibliographiques

(1) Zimmerman F. J., Christakis D. A., Meltzoff A. N. T*elevision and DVD/Video Viewing in Children Younger Than 2 Years*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2007; vol. 161: 473-9.
(2) Christakis D. A., Zimmerman F. J., DiGiuseppe D. L., McCarty C. A. *Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children.* Pediatrics 2004; vol. 113, n° 4: 708-13.
(3) Gautellier C. *Les jeunes et les médias, un enjeu public.* Vers l'éducation nouvelle, avril 2004 ; n° 514. Voir aussi plusieurs articles et documents sur le site des Ceméa : http://www.cemea.asso.fr

Entretien avec Christine Ceruti, psychologue.

« La télévision a une place dans le développement de l'enfant »

Nous avons interrogé Christine Ceruti, auteur de l'ouvrage « Apprendre à lire la télé » (1) sur cet « envahisseur », paré de tous les maux comme de tous les attraits. Partant de son expérience de parent et de ses travaux menés en sciences de l'éducation, elle indique comment transformer le petit écran en outil de connnaissance.

***La Santé de l'homme* : Est-ce la psychologue ou la mère qui vous a poussée à *« apprendre à lire la télé »* ?**

Christine Ceruti : Je le dis dans l'avant-propos de mon livre en évoquant le « gobie », ce poisson que les pêcheurs marseillais connaissent bien. Ce poisson aux yeux globuleux avale, avec sa grande bouche, tout ce qui passe, y compris le moindre hameçon. Et bien, comme parent avec mes enfants et comme famille d'accueil avec les jeunes de l'Aide sociale à l'enfance que nous hébergeons, j'ai constaté que la demande de « télé » est extrêmement forte et que l'on se trouvait face à une attitude de consommation partagée par tous les jeunes. Une immense majorité de familles est concernée par cette question. Alors si la mère a été le déclencheur, c'est la psychologue qui a, vite, emboîté le pas.

***S. H. :* Vous avez dirigé votre étude vers l'école, en partant naturellement de l'idée que l'institution éducative est, écrivez-vous, *« le lieu privilégié pour comprendre et maîtriser le message télévisuel »*. Est-ce réellement cela ?**

Dans l'idée oui. Mais la réalité est contrastée. Les réponses que je souhaitais trouver pour palier les difficultés découlant de l'outil « télé » ne pouvaient être que différentes de ce que les parents, en règle générale, utilisent. Comme le positionnement autoritaire, par exemple, ou, au contraire, la solution de facilité, pour éviter les conflits, d'autoriser chacun à avoir son propre récepteur. Je me refusais autant à la permissivité qu'à l'interdit. Alors, comment utiliser au mieux cet objet incontournable ? Comment faire pour qu'un enfant en butte à des difficultés en matière d'acquisitions scolaires, en situation de rejet de l'école mais attiré par l'écran, captivé par l'image, puisse se servir de l'objet télé ? Et ainsi, passer de l'image « ingurgitée » à une image « mastiquée ». J'en suis arrivée, tout naturellement, à une investigation de ce que propose l'école. Et cette investigation s'est vite transformée en une interpellation car si des directives existent, elles ne sont pas toujours utilisées par l'école faute de méthode pédagogique facilement applicable, surtout avec trente enfants ! C'est cela que j'ai traité dans la seconde partie de mon livre.

***S. H. :* Parmi les reproches adressés à la télévision en matière éducative, quels sont ceux qui vous paraissent les plus fondés ?**

Ce sont la fréquence et l'usage de la violence dans les séries télévisées, les

dessins animés, les films et l'information qui arrivent en tête des reproches : la banalisation de la violence. Curieusement, certains psychologues nient l'impact qu'elle peut avoir sur l'éducation des enfants. Je pense que c'est un problème sérieux et j'ajoute que la responsabilité des pouvoirs publics est, à mes yeux, engagée. Le second reproche est dans la non-utilisation de l'objet comme cadre éducatif. C'est un outil. Et comme tout outil, nous pouvons nous en servir d'une manière ou d'une autre. Ce travail de formation et d'éducation aux médias devrait être une fonction essentielle de l'école. Tous les autres problèmes peuvent être résolus par le biais d'une démarche de compréhension du message.

***S. H. :* Vous écrivez (2) que *« la télé est un nouveau personnage pour l'enfant dans son éducation »*. Que voulez-vous dire ?**

Je fais référence à un poème écrit par des enfants de cours élémentaire (que j'avais placé en exergue de mon DEA) qui interpellent les parents, l'école et la télévision, en tant qu'éducateurs. On peut constater qu'ils passent plus de temps actif à l'école qu'avec leurs parents, et que, chez leurs parents, beaucoup de temps est accordé à la télévision. Réfléchissons à la place de la télévision dans les familles et dans la progression et le développement de l'enfant. Il est connu qu'elle intervient dans le processus de socialisation. Dans les propos des enfants, petits et grands, vous relevez bien qu'elle a de multiples rôles. C'est un modèle, un vecteur de comportements. Elle véhicule des idées et des stéréotypes. Ces effets sont à prendre en compte en matière d'éducation, pour ne pas subir les images accolées à des commentaires, avoir la possibilité de décortiquer et donc d'utiliser au mieux ce qu'elle nous propose.

***S. H. :* Avez-vous repéré, dans votre étude, des impacts en matière de santé ?**

Pas essentiellement, si ce n'est ce que les parents et les enseignants évoquent : manque de sommeil, problèmes d'attention, manque d'activité physique, boulimie… Ils constatent aussi ce que certains appellent les troubles de l'imaginaire. Les enfants ont besoin de se créer leur propre imaginaire et la télévision le fabriquerait à leur place. Nous sommes dans un processus de modélisation. En revanche, je n'ai pas constaté, dans mon accompagnement d'enfants, d'impacts forts en matière de santé, tels les troubles du développement cognitif.

***S. H. :* Quelles recommandations éducatives votre recherche vous permet-elle de proposer ?**

Dans un premier temps, ne pas laisser les enfants seuls devant le petit écran à regarder n'importe quoi. Et puis, il est utile de parler, d'échanger avec les enfants sur ce qu'ils voient. Il est nécessaire de leur permettre de s'exprimer, quel que soit l'âge, et ainsi dire ce qu'ils ressentent. C'est ce que nous évoquons par la catharsis *(méthode psychothérapeutique reposant sur la décharge émotionnelle liée à l'extériorisation du souvenir, ndlr),* qui, en matière de télé va être « la parole exprimée par soi-même ». Les parents ont donc toute leur place dans ce processus d'accompagnement de l'enfant devant ce média.

Il est important aussi de savoir interdire. Et comme c'est difficile, car vecteur de conflits, je recommande l'usage du magnétoscope, de l'enregistrement. Il permet de choisir et de limiter l'usage dans le temps. C'est un outil qui donne une grande liberté. Ne pas dire « non », mais « plus tard », cela n'a pas la même fonction. Parler, échanger, décider du moment où l'enfant va réceptionner l'image… Nous remplaçons la rapidité, la simplification, l'instantanéité, par le dialogue, l'interrogation, le doute. Nous pouvons alors lui expliquer des usages, des codes, des pratiques. Nous nous intéressons ensemble à cette télévision qui peut montrer beaucoup de choses et notamment de belles choses. C'est bien là que se situe le rôle, selon moi fondamental, de l'éducation à la télévision. Susciter le débat, le partage d'émotions, le rire : les pédagogues savent que l'esprit critique se forme à la suite d'une observation de ses sensations, d'interrogations, de distanciation analytique. Je suis persuadée, et c'est le sens de mon interpellation envers l'institution scolaire, qu'une éducation aux médias doit être conçue comme un investissement dans le temps. L'école, comme les parents, sont complémentaires dans cette éducation.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

(1) Ceruti C. *Apprendre à lire la télé. Pédagogie et formation, outils et expériences.* Paris : L'Harmattan, coll. Technologie de l'action sociale, 2008 : 284 p.
2) page 53.

Entretien avec Monique Dagnaud, sociologue, directrice de recherche au CNRS, spécialiste des médias.

« L'adolescent construit une relation fusionnelle via le portable et Internet »

Les adolescents sont à la fois virulents et peu critiques par rapport à la télévision. Ils communiquent avec le téléphone portable, les messageries Internet et les blogs. La sociologue Monique Dagnaud décrypte la « relation fusionnelle avec leurs pairs », qu'ils établissent par ces nouveaux modes de communication. Via les blogs, ils se présentent, élaborent leur personnalité ; ils s'éprouvent dans leurs relations, construisent leur identité.

***La Santé de l'homme* : Dans vos travaux de recherche sur les médias, avez-vous identifié les jeunes comme de gros consommateurs de télévision ?**

Monique Dagnaud : Les jeunes, qu'ils soient des enfants ou des adolescents, regardent beaucoup la télévision mais, au contraire d'une idée reçue, ils la regardent beaucoup moins que les adultes. Les adultes passent en moyenne, chaque jour, 3 h 30 devant le petit écran, les jeunes environ 2 h 20. En même temps, les jeunes sont plus attirés par ce que nous appelons « la culture digitale », c'est-à-dire Internet, les jeux vidéo, les mobiles, que les adultes. Mais, là encore, contrairement à certaines idées toutes faites, le média télévision n'a pas disparu pour autant de l'univers des adolescents.

***S. H.* : Comment la regardent-ils ?**

Cela dépend d'abord de l'âge du public concerné. Si nous prenons les très jeunes, les moins de 8-10 ans, ils passeront plus de 50 % de leur temps d'écoute devant des chaînes qui, et c'est le succès des abonnements satellites, leur sont consacrées. Les observations réalisées sur les foyers possédant des abonnements le démontrent. Le temps global d'écoute restera variable selon le mode de vie, la catégorie sociale des parents, les habitudes familiales. Ces chaînes sont très adaptées à ce public. Elles cultivent le jeu, la bande dessinée, avec un côté pédagogique, de l'apprentissage… Les enfants les regardent. Nous pourrions dire, les « consomment ». Dans une recherche sur les enfants et la publicité (1), j'ai constaté que ces jeunes prennent plutôt au premier degré ce qu'ils entendent. Même si, et c'est important, ils ne confondent pas un programme avec un spot publicitaire et que, bien sûr, la finalité commerciale de ce même spot leur échappe totalement. Ils auront un côté un peu crédule face à ce média jusqu'au moment où l'enfant entrera dans l'adolescence. Cette période de la vie est l'époque de la construction de l'attitude critique. Elle sera très distancée, notamment vis-à-vis des médias.

***S. H.* : Chez les adolescents, les vecteurs interactifs comme Internet ou les téléphones mobiles ont-ils supplanté la télévision ?**

Non. La télévision va devenir un média moins important car l'adolescent, simplement, entre dans cette culture « Internet », faite de contacts, de quêtes relationnelles et de recherche de contenus. Avec Internet, nous sommes dans un univers ludique, interactif, où l'échange est fondamental. Par le biais des blogs, il y a moyen de faire une présentation de soi-même, de la musique que l'on aime ou que l'on joue. Internet offre à l'adolescent plus d'éléments pour sa construction, l'élaboration de sa personnalité, pour apprendre à tisser des liens avec d'autres jeunes.

Vous évoquez le téléphone mobile. Aujourd'hui l'immense majorité des jeu-

Les jeunes et Internet : une réflexion européenne

Depuis plusieurs années, s'est engagée au niveau européen une réflexion autour de l'utilisation des médias par les enfants et les jeunes, et plus récemment sur l'utilisation d'Internet. L'objectif du programme européen « Safer Internet Plus » (2005-2008) était de promouvoir une utilisation sécurisée d'Internet et des nouvelles technologies par les enfants et les jeunes et de combattre les contenus illégaux. Ce programme a été reconduit en 2008 (« Safer Internet », 2009-2013).
Dans ce cadre, le projet « EU Kids Online » propose de rassembler sur une même plate-forme tous les efforts nationaux de recherche existant en Europe. Vingt et un pays se sont engagés dans ce projet qui a pour ambition de formuler des recommandations en termes de sécurité, de littératie et de sensibilisation des enfants et des jeunes face à Internet et ses contenus. En France, le site « Internet sans crainte » propose une information et des outils en ce sens : s'adressant aux familles et à la communauté éducative, l'objectif de cette initiative est de « *favoriser une éducation critique à Internet, afin de promouvoir des usages plus responsables et sûrs de ce média sur tous ses supports, fixes ou mobiles, par les jeunes* ».

Joëlle Kivits

Voir http://www.eukidsonline.net/
En France, voir le projet http://www.internetsanscrainte.fr

nes, enfants compris, possède un téléphone mobile. Ne pas en avoir, quand on est jeune, c'est être considéré comme un extraterrestre. Avoir un mobile, c'est non seulement un moyen pour la famille de suivre l'enfant mais, pour ce dernier, la possibilité de développer, comme Internet d'ailleurs, une espèce de sociabilité exubérante. Où l'enfant se raconte. Où il se construit un monde en dehors des adultes. Où se construit la relation fusionnelle avec ses pairs. Internet et le téléphone mobile – nous les appelons des réseaux sociaux – incarnent cette idée d'un monde qui se façonne en dehors des adultes. L'affectivité est forte entre gens du même âge. Ces médias, au contraire de la télévision, permettent au jeune utilisateur de s'éprouver dans ses relations. Il se construit alors son identité.

***S. H. :* Dans votre dernier essai « La teuf » (2), vous dites que la télévision est perçue comme *« un déversoir de clichés et de stéréotypes ».* Vous précisez que *« les jeunes ne sont pas dupes ».* Ont-ils une lecture critique de ce qui passe par le petit écran ?**

Oui et non ; en tous les cas, leur jugement sur la télévision est souvent très virulent. Le média « télévision », plus que d'autres, est perçu comme un système abrutissant, un instrument de propagande déformant la réalité et voulant représenter un modèle de vie, de consommation collant à des idées dominantes. Les adolescents ont effectivement une attitude très critique à propos de la télévision. Mais cela ne veut pas dire qu'ils ne la regardent pas. Beaucoup pensent : *« La télé abrutit – tous les autres, entre parenthèses– mais moi, je suis conscient. »* Cette attitude ne concerne pas que les adolescents. Elle est très généralement répandue dans la société. Que vous alliez dans une assemblée populaire, d'intellectuels, d'enseignants… Vous avez toujours la parole dominante sur les médias affirmant : *« Ils nous manipulent. »* Il n'y a, peut-être, que les enfants qui ont encore une vision très crédule du petit écran.

***S. H. :* Comment les adolescents restent-ils des spectateurs attentifs devant un média qu'ils critiquent tant ?**

La télévision reste le média dominant. Je le compare à un écosystème dans lequel nous vivons. Les adolescents, comme les adultes d'ailleurs, sont attentifs à un matériel qui peut servir à réfléchir sur soi, à élaborer des idées, à montrer. Mais notre société permet que, directement ou indirectement, nous sachions ce qui est véhiculé dans les médias. Nous sommes innervés par des informations et celles-ci jouent un rôle dans la façon de penser, dans le langage, dans les représentations. Les médias découpent la réalité et la reconstruisent. Les émissions de fiction, regardées par les adolescents, sont un bel exemple. Ces fictions représentent une société très centrée sur certaines couches sociales avec des héros récurrents, extrêmement souverains, des personnalités sympathiques… Ce découpage de cette réalité filmée imprime les cortex, quoi que l'on en dise.

***S. H. :* Les jeunes sont-ils capables d'identifier l'émetteur d'un message ? Sur la prévention, font-ils la différence entre messages publicitaires et information institutionnelle ?**

Non seulement les jeunes, et particulièrement les adolescents, font la différence entre les messages mais, le plus souvent, ils le comprennent. Pour certains types de messages, la prévention notamment, ils les approuvent. Ne croyons pas que les jeunes ne comprennent pas bien la société dans

laquelle nous sommes. Cette société est largement décryptée par l'école et bien sûr par une lecture critique, comparative des médias. Le jeune est très informé mais… je vais prendre l'exemple de la Sécurité routière. Les campagnes utilisent des vecteurs différents pour essayer de faire passer un message précis, comme l'image choc, l'utilisation de l'enfant, l'émotion. Les jeunes connaissent parfaitement les recommandations de la Sécurité routière. En revanche, dans leur comportement, nous constatons des attitudes inverses. La jeunesse est un moment de transgression. Dans la « teuf », la fête est très souvent accompagnée de beaucoup d'alcool, éventuellement d'autres produits toxiques. Il y a cette adrénaline liée à la vitesse. J'ai constaté que ces jeunes, à jeun, ont un discours très rationnel, très raisonnable. Ils démontrent une grande compétence pour comprendre le monde social. En même temps, ils sont capables de pratiques en rupture avec les recommandations sanitaires qu'ils ont intégrées. Même chose pour l'usage des préservatifs.

***S. H. :* Quels sont les outils dont devraient disposer les jeunes pour exercer leur esprit critique ?**

Ce regard critique se construit essentiellement dans le rapport avec l'autre. Pour un adolescent, l'outil, c'est l'adulte. Ce peuvent être le parent, l'enseignant, un référent quelconque. La critique est nécessaire. La virulence envers la télé s'explique aussi par le besoin de s'exprimer. L'outil est bien la confrontation, la rencontre avec un autre. Internet ou le téléphone mobile sont aussi des vecteurs de dialogue et de confrontation.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Références bibliographiques

(1) Dagnaud M. *Enfants, consommation et publicité télévisée.* Paris : La Documentation française, coll. Études de La Documentation française, 2005 : 106 p.
(2) Dagnaud M. *La teuf. Essai sur le désordre des générations.* Paris : Le Seuil, 2008 : 208 p.

Quelle place pour le décryptage des messages médiatiques à l'école ?

L'éducation à l'esprit critique est une responsabilité de l'école et figure dans les textes officiels. Le Centre de liaison de l'enseignement et des médias d'information (Clemi) forme et outille les enseignants, en France, pour les aider à mettre en place une véritable éducation critique aux médias.

Dans une société où l'information a une place croissante, l'école s'est préoccupée d'armer les élèves pour leur apprendre à déchiffrer les messages médiatiques. Les textes officiels qui s'appliquent dans les classes, les programmes scolaires de nombreuses disciplines mais surtout le socle commun de connaissances et de compétences[1] qui fixe les repères culturels et civiques constituant le contenu de l'enseignement obligatoire, définissent tous l'obligation de mettre en place une éducation aux médias.

Pour se préparer à sa vie de citoyen, l'élève doit, en effet, être capable de *« jugement et d'esprit critique, ce qui suppose : savoir évaluer la part de subjectivité ou de partialité d'un discours, d'un récit, d'un reportage ; savoir distinguer un argument rationnel d'un argument d'autorité ; apprendre à identifier, classer, hiérarchiser, soumettre à critique et mettre à distance l'information ; savoir distinguer virtuel et réel ; être éduqué aux médias et avoir conscience de leur place et de leur influence dans la société ».* Le ministre de l'Éducation nationale, Xavier Darcos, précise bien que *« la formation du regard et de l'esprit critique fait partie des missions de l'Éducation nationale »*[2]. Il est d'autant plus important que l'école prenne en charge cette éducation que de récents textes européens[3] font obligation de mettre en œuvre cette éducation.

En France, c'est le Clemi *(voir encadré)* qui, depuis vingt-cinq ans, est chargé de l'éducation aux médias dans l'ensemble du système éducatif[4]. En formant les professeurs à l'éducation aux médias et en accompagnant les enseignants dans leur production médiatique, le Clemi accomplit sa mission de service public.

Enseignants en visite dans les médias

Avec plus de six cent cinquante visites dans les médias organisées chaque année pour les enseignants stagiaires, le Clemi permet de découvrir toutes les étapes de la production médiatique et donc de comprendre son mode de production. Assister à une conférence de rédaction lors de la visite d'une radio, d'un journal, d'une télévision ou d'une agence de presse sont un des moyens mis en œuvre pour aider les enseignants à comprendre ce qu'est la hiérarchie de l'information, le choix des sujets, les angles retenus. Être présent dans une régie télé, où les images arrivent en continu et sont choisies puis légendées par les journalistes, sont une des façons d'assister à la fabrication de l'information. Assister à ce processus permet ensuite aux enseignants de montrer aux élèves comment l'information est une construction.

Rencontres enseignants/ professionnels des médias

Le travail du Clemi en partenariat avec les professionnels des médias est unique. Rapprocher deux mondes qui s'ignorent habituellement permet d'aider les enseignants à décrypter les médias mais également les journalistes à mieux appréhender le système scolaire. Quand Pierre Haski, fondateur de « Rue 89 », vient rencontrer les enseignants stagiaires, il leur permet de comprendre les dessous d'un média. S'interroger sur la place accordée aux non-journalistes amène l'enseignant (puis l'élève) à s'interroger plus largement sur la place des experts et des lecteurs-citoyens dans un média.

En organisant des formations pour les enseignants au cœur de manifestations comme les rencontres de « Visa pour l'image », à Perpignan, ou le « Festival du scoop et du journalisme », à Angers, le Clemi arme les enseignants qui souhaitent travailler sur l'image. À Perpignan, décoder la photo de presse et comprendre le photojournalisme sont les objectifs affichés de ce stage qui aboutit à la production de matériel pédagogique distribué ensuite aux enseignants qui visitent le festival avec leurs élèves.

Fiches pédagogiques et produits multimédia

Chaque année, un dossier pédagogique recueillant un certain nombre de fiches pédagogiques, de fiches d'information et de fiches-conseils également en ligne sur le site Internet du Clemi, est envoyé aux 15 000 enseignants inscrits à la Semaine de la presse et des médias dans l'école®[5]. Ces fiches accompagnent l'enseignant dans sa classe en lui proposant contenu et démarche pédagogique. Apprendre à avoir un regard critique sur les chiffres proposés dans les médias fait, par exemple, l'objet d'une fiche pédagogique à exploiter en mathématiques. Montrer qu'à la source de l'information se trouve le plus souvent une dépêche d'agence, décortiquer la structure d'une dépêche sont des exercices que les enseignants peuvent facilement mettre en œuvre dans leur classe. Décoder les messages publicitaires pour aider les élèves à repérer les procédés de persuasion mis en œuvre dans leur fabrication est également une activité communément pratiquée dans les écoles dès le plus jeune âge.

Mettre à disposition des enseignants des images de qualité est également un moyen de favoriser la lecture de l'image dans les classes. Avec l'envoi de 15 000 cédéroms intitulés « Lire la photo avec l'Agence France-Presse », réalisé en partenariat entre le Clemi et l'AFP, les enseignants peuvent apprendre aux élèves à lire une image. Le texte inclus dans le cédérom d'une juriste spécialiste des questions juridiques de droit à l'image permet également aux enseignants d'élargir la réflexion sur les questions du droit à l'image.

Répondre aux sollicitations des enseignants qui souhaitent produire des objets médiatiques avec les jeunes est également un axe de travail important. Le concours « Reportage », en partenariat avec Arte, consiste à demander aux élèves de monter en équipe ou en solo un reportage vidéo de trois à six minutes à partir d'une sélection de rushes d'Arte. Quoi de plus formateur que de monter un film ? C'est souvent en produisant un objet médiatique (journal scolaire, web radio, blog, etc.) que les élèves prennent conscience de l'importance des messages produits. Plus qu'un cours où ils sont passifs, la mise en activité autour d'une production, outre la forte motivation souvent constatée, permet d'éduquer les élèves à la construction d'une information.

Des vidéos à utiliser en formation ou en classe

C'est avec cette idée en tête que le Clemi a demandé à la Télé Libre de réaliser un film intitulé « Les fabricants d'info ». Ce film, en ligne sur le site Internet du Clemi, permet aux enseignants et à leurs élèves de découvrir les dessous du montage. Effet Koulechov, choix de la musique, montage, le film insiste sur le rôle du monteur dans la construction du message médiatique.

Les modules « Décryptage » développés en partenariat avec l'Ina en ligne[6] permettent aux enseignants de travailler sur la représentation d'un thème à partir d'images d'archives. L'approche historique permet des comparaisons éclairantes pour les élèves, c'est une démarche pédagogique motivante

pour aborder le décryptage de message. Les différents spots de campagne présidentielle, la façon dont le sport est tourné à la télévision, la mise en scène du journal télévisé ou encore le rôle du présentateur sont des exemples de ces modules qui lient images d'archives et commentaires. C'est alors la juxtaposition des images télévisées qui donne du sens au décryptage.

Une démarche difficile à généraliser

Si les supports varient et évoluent avec les nouvelles technologies, les objectifs restent inchangés : en formant les enseignants, il s'agit d'aider les élèves à se repérer pour comprendre le monde mouvant qui les entoure et à devenir des citoyens responsables malgré les freins mis en lumière par le rapport de l'Inspection générale de l'Éducation nationale (Igen), *L'éducation aux médias : enjeux, état des lieux, perspectives*[7]. En effet, le morcellement des disciplines, les insuffisances de la formation, notamment au niveau de la formation initiale et, pour le premier degré, la trop faible sollicitation de la recherche dans ce domaine, la méfiance ancestrale et persistante à l'égard des images, la peur des idéologies véhiculées dans les médias sont les obstacles à la fois d'ordre structurel et culturel mis en avant par les inspecteurs généraux pour expliquer que cette éducation reste encore l'affaire d'enseignants militants convaincus du bien-fondé de l'éducation aux médias dans la perspective de leurs enseignements.

Elsa Santamaria
Chargée de mission au Centre de liaison de l'enseignement et des médias d'information (Clemi).

1. Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006.
2. Allocution prononcée par Xavier Darcos le 2 juillet 2007 devant le groupe de pilotage de la Semaine de la presse et des médias dans l'école®.
3. Voir les conclusions du Conseil du 22 mai 2008 concernant une approche européenne de l'éducation aux médias dans l'environnement numérique, parues dans le Journal officiel de l'Union européenne du 6 juin 2008.
4. Décret n° 2007-474 du 28 mars 2007.
5. La Semaine de la presse et des médias dans l'école® a lieu, depuis dix-neuf ans, chaque année au mois de mars. Plus de 1750 médias participent à cette opération, la plus grosse du système éducatif. Près de 600 éditeurs de presse envoient des exemplaires de journaux gratuitement dans les écoles et les établissements scolaires.
6. Sur le site de l'Ina : http://www.ina.fr/
7. Rapport n°2007-083, août 2007 dont les rapporteurs sont Catherine Becchetti-Bizot et Alain Brunet.

Priorité à la formation des enseignants

Le Centre de liaison de l'enseignement et des médias d'information (Clemi) est l'organisme au sein du ministère de l'Éducation nationale chargé de l'éducation aux médias dans l'ensemble du système éducatif depuis 1983.
Former les enseignants à la connaissance des médias et des circuits de l'information, à l'analyse critique des messages d'information, à l'usage sûr et critique des techniques de l'information et de la communication et à la production d'outils et de messages d'information est l'une de ses principales missions.
• *Centre de liaison,* le Clemi est un relais privilégié entre le système éducatif et les professionnels des médias, il permet de bâtir des projets communs, comme la Semaine de la presse et des médias dans l'école®.
• *Accompagner l'expression des élèves* dans le cadre scolaire est un des objectifs du Clemi. En effet, le centre peut aider les enseignants à maîtriser les différentes étapes de fabrication d'un produit médiatique, de la conception à la réalisation. Le Clemi, pôle associé à la Bibliothèque nationale de France, est d'ailleurs le dépôt pédagogique de tous les journaux scolaires.
• *Centre de documentation,* il édite aussi chaque année des documents pédagogiques sur l'éducation aux médias.
• Enfin, *il initie des recherches,* organise des colloques et participe à des publications. Expert à l'échelle internationale, il s'emploie à faire avancer la problématique de l'éducation aux médias au plan international. Il coordonne des études ou des recherches internationales, organise des séminaires, notamment dans le cadre de la Commission européenne.

En savoir plus : http://www.clemi.org

E. S.

Décrypter les stéréotypes publicitaires à l'école

Dans une école de la région de Clermont-Ferrand, enseignants et formateurs aident les enfants de 8 à 11 ans à se forger un esprit critique face aux publicités. L'objectif est de leur faire prendre conscience des stéréotypes véhiculés en matière de publicité. Affirmation de soi, respect de l'autre et de son corps permettent de dresser un bilan très positif de l'amélioration des comportements des élèves au sein de l'école.

Le développement de l'esprit critique est au cœur de l'éducation à la santé à l'école. Dès lors que la finalité de l'éducation à la santé n'est pas d'inculquer aux élèves de « bons » comportements contre de « mauvais », le développement de l'esprit critique et de la capacité à mettre à distance les pressions de toutes sortes deviennent des objectifs centraux. En effet, éduquer à la santé à l'école, c'est conduire chacun à se construire en référence aux conduites à risques (drogues illégales, alcool, tabac, prise de risque routier, violence, etc.), à être capable de prendre soin de soi et de respecter les autres (dans le domaine de la sexualité par exemple). Éduquer à la santé, c'est permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables, de garder sa liberté vis-à-vis des drogues mais aussi des stéréotypes ou de la pression des médias et des pairs. La capacité de jugement et d'esprit critique est l'une des dimensions du socle commun de connaissances et de compétences, qui fixe les objectifs de l'école obligatoire en France (1). Le texte précise que les élèves devront *« être éduqués aux médias et avoir conscience de leur place et de leur influence dans la société ; savoir construire leur opinion personnelle et pouvoir la remettre en question, la nuancer (par la prise de conscience de la part d'affectivité, de l'influence de préjugés, de stéréotypes). »*

Un travail sur les publicités télévisées

Conduit dans une école primaire située en zone d'éducation prioritaire, le travail spécifique que nous présentons ici a été construit autour de la distinction garçons-filles et des stéréotypes publicitaires ciblant le jeune public. Ce travail d'éducation à la sexualité s'est appuyé sur les instructions officielles définissant les contenus scolaires pour les classes de CE2, CM1 et CM2. Et c'est ainsi que les activités proposées se sont ancrées, par exemple, dans l'enseignement disciplinaire « maîtrise de la langue » (cœur de la mission de l'école primaire). Il s'agit bien de travailler dans le cadre des différentes matières enseignées à l'école et non d'en ajouter une nouvelle. Sous la conduite du maître ou de la maîtresse de la classe et de formateurs d'IUFM, le projet s'est déroulé durant toute l'année scolaire et a concerné tous les enfants de 8 à 11 ans de l'école.

Le volet relatif aux médias est l'un des trois pôles intégrés aux activités de classe. Un autre concerne le développement des compétences personnelles sociales et civiques, notamment à partir d'activités en littérature, avec l'album Yakouba (2), et le troisième, les connaissances scientifiques en référence à l'item « reproduction des humains et éducation à la sexualité » des programmes scolaires (3). Il s'agit de *« mettre à distance les stéréotypes – développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias en matière de sexualité »* (4).

Le travail sur les médias a porté sur les publicités télévisées pour enfants. Celles-ci sont en effet particulièrement sexuées. Pour s'en convaincre, il suffit d'en regarder quelques-unes, notamment dans les tranches horaires du matin avant l'école ou au cours des émissions jeunesse. Les représentations que la publicité pour des céréales ou des jouets renvoie de la jeune fille ou du jeune garçon se nourrissent de stéréotypes sur l'image du corps ou encore sur la relation à l'autre. Une des finalités a donc été de proposer aux élèves un temps de prise de recul sur les images publicitaires pour les « outiller », en rendant ces élèves émetteurs et non plus seulement récepteurs : décrypter et parler des images mais aussi produire leur propre spot publicitaire.

Du décryptage à la réalisation d'un spot

Pour la première phase, un ensemble de cinq séances de trente à quarante-cinq minutes chacune a permis de conduire les élèves à identifier les espaces publicitaires afin de les faire verbaliser sur les différences selon les chaînes (*« On a de la publicité à la fin ou au milieu d'une émission », « il y existe plusieurs façons d'annoncer une publicité », « chaque chaîne a ses façons de le faire », « elle met toujours son logo »*). Ensuite, à partir de deux publicités très typées « filles » et « garçons » (des poupées et des motos télécommandées), ont été identifiés des arguments de vente en direction des filles ou des garçons afin de percevoir les stéréotypes véhiculés dans le couple texte-image. Ce travail a été complété par une séance demandant d'associer aux hommes ou aux femmes un certain nombre de métiers, de qualités, d'aptitudes, ainsi qu'une séance portant plus spécifiquement sur les objets que l'on attribue aux femmes ou aux hommes.

Pour la deuxième phase, il s'agissait de réaliser un spot publicitaire afin

d'utiliser des arguments de vente en direction des filles ou des garçons et d'inventer un scénario pour permettre le tournage. Ce travail a été mené à partir d'objets proches du vécu des enfants (un CD d'un groupe de rap, un robot, une moto, un jeu de construction, une voiture et une poupée). Les étapes pour élaborer le scénario se sont partagées en quatre phases : 1) choisir un produit que l'on veut vendre ; 2) chercher des arguments pour le vendre ; 3) écrire une histoire qui donne envie d'acheter ; 4) découper cette histoire en cinq ou six morceaux en choisissant les lieux de tournage et les personnages qui interviennent (le *story-board* prévoyant la voix off). Le tournage et le montage ont été assurés par les enfants. L'ensemble a été ensuite mis en lien avec les autres dimensions du travail en éducation à la sexualité (5).

Se préparer à exercer sa citoyenneté

En matière d'évaluation, la qualité des productions des élèves est révélatrice de leur investissement dans ce travail. Même si un tel projet ne résout pas tout, il apparaît qu'au-delà du développement des compétences langagières des élèves la qualité des relations garçons-filles s'est améliorée dans l'école. Un regard différent a également été porté par les enseignants sur la thématique de la différence et du respect de l'autre grâce au rapprochement des activités de classe de l'univers télévisuel de leurs élèves.

Le développement de l'esprit critique est au cœur de la mission émancipatrice de l'école. Toutes les activités (en français, en sciences ou plus largement en éducation à la santé) peuvent contribuer directement ou indirectement à cet objectif fondamental. Pour autant, on ne peut faire l'économie d'un travail spécifique sur la question des médias du fait de la place qu'ils tiennent dans la vie des enfants. Comme le rappelle la circulaire relative à l'éducation à la santé à l'école et au collège, c'est bien d'éducation à la citoyenneté dont il est question ici : « *À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure* » (6).

Mais ce travail ne s'arrête pas là. Il a servi d'impulsion pour la mise en place de réunions avec des parents d'élèves ou de stages en formation continue d'enseignants du premier degré.

Frank Pizon, enseignant, maître formateur,
Philippe Roussat, enseignant audiovisuel,
Maryse Brossat, enseignante SVT,
IUFM d'Auvergne, antenne de Moulins.
Didier Jourdan, professeur des universités,
IUFM d'Auvergne, université Blaise-Pascal,
Clermont-Ferrand.

Références bibliographiques

(1) « Les compétences sociales et civiques » du socle commun de connaissances et de compétences. Décret n°2006-830 du 11/07/2006 (Code de l'éducation, art. D122-2).
(2) La fiche correspondant à l'exploitation de cet album est disponible sur le site de l'INPES http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=60000/fiches%20educatives/index.asp
(3) Bulletin officiel de l'Éducation nationale, hors-série n° 1, février 2002, relatif aux programmes scolaires.
(4) Circulaire n° 2003-027 du 17/02/2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
(5) Notamment à l'aide de l'album documentaire *Question d'amour 8-11 ans*, de V. Dumont, Nathan, 1998.
(6) Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

« L'École des papilles » pour résister aux publicités alimentaires

À Saint-Priest, dans le Rhône, le programme « École des papilles » permet aux 8-11 ans de comprendre l'équilibre alimentaire et les rouages de la publicité. L'évaluation démontre que les enfants intègrent ces connaissances et, dans certains cas, modifient leurs comportements alimentaires.

L'association ABC Diététique[1] élabore une démarche éducative adaptée à la prévention de l'obésité, basée sur un discours positif et non injonctif vis-à-vis des recommandations alimentaires, et qui vise à partager les valeurs de plaisir, de convivialité et de respect des cultures.

La prévalence de l'obésité infantile peut atteindre des taux élevés : 22,5 %[2] des enfants sont touchés à Saint-Priest, ville de la banlieue lyonnaise. Des études montrent que la publicité télévisée est en partie responsable[3]. Ce contexte a incité l'association à développer l'esprit critique des enfants en mettant en place un programme financé par le GRSP, « l'École des Papilles », dans trois écoles de Saint-Priest, avec le soutien des directeurs d'école, des enseignants, du service de santé scolaire municipal, de la commune et des structures de quartier[4]. L'objectif est de donner aux enfants les moyens d'adopter des comportements favorables à leur équilibre alimentaire et adaptés à leurs besoins. Le public choisi est constitué d'enfants de 8 à 11 ans. Cette période dite de latence est en effet propice à l'investissement des apprentissages et place en outre l'enfant comme « vecteur » de changement dans sa famille. De plus, le programme scolaire est favorable à cette intervention : alimentation et analyse de l'image y figurent, ce qui permet de travailler étroitement avec les enseignants. Le programme s'appuie sur les principes définis dans le PNNS[4] et sur le référentiel *Éducation à la santé en milieu scolaire*[5].

Décrypter les publicités

L'École des papilles se déroule en dix séances de 1 h 30 chacune, réparties sur deux années scolaires et animées par deux membres de l'équipe associative.

L'année 1 est consacrée aux savoir-faire (équilibre alimentaire, sortie au marché, cuisine). L'année 2 est dédiée à la publicité et ses rouages. L'action est ludique et scénarisée pour permettre l'adhésion des élèves : ce sont des publicitaires, chargés de concevoir et de promouvoir une « boîte à goûter équilibré » auprès de leurs parents. Au moyen d'outils pédagogiques créés ou existants, ils décryptent affiches et spots publicitaires afin d'intégrer ce qui influence les comportements alimentaires.

Suit une phase pratique avec l'élaboration de la « boîte à goûter équilibré ». Ils lui donnent un nom, créent un slogan, réfléchissent aux arguments de vente et réalisent l'affiche publicitaire correspondante, conformément aux techniques de marketing qu'ils ont découvertes. Comprendre le fonctionnement de l'emballage permet de créer le visuel de la boîte à goûter. D'étape en étape, les diététiciens les accompagnent et apportent les connaissances nécessaires au développement de leur esprit critique au sujet de l'alimentation.

Un enfant acteur de sa santé

L'évaluation du processus et des résultats[6] a permis de mesurer les forces et les faiblesses du projet. On observe un écart significatif dans l'évolution des connaissances sur l'équilibre alimentaire et la publicité (32 % comprennent que la publicité influence leur choix en début d'année contre 89 % en fin de projet). Cela joue sur leurs comportements : parmi les 67 % d'enfants connaissant la règle du goûter équilibré, 79 % l'appliquent. Les enseignants apprécient la *« continuité sur les deux années avec un travail en demi-groupe qui permet à chaque enfant d'exister »*. Quant aux parents, ils sont 48 % à penser que l'École des papilles peut avoir une influence sur leur alimentation en fin de première année et 61 % en clôture de projet. Ils sont nombreux à se déplacer au temps festif qui clôt le programme (59 %).

Certains points restent perfectibles. Les supports pédagogiques fournis ne sont pas encore suffisants pour per-

mettre à l'enseignant de se saisir du programme. De même pour la communication avec les familles : 94 % connaissent « l'École des papilles » par leur enfant mais seulement 21 % par le biais d'autres sources (professionnels, quartiers, etc.). Les tables rondes parents/professionnels qui leur sont consacrées sont très peu suivies (3 % de présence). Enfin, le lien école/quartier mérite d'être plus développé. Néanmoins, compte tenu des résultats favorables de l'évaluation, le programme a été reconduit et étendu à la ville de Villeurbanne sur la période 2008-2010.

L'équipe d'ABC Diététique,
Isabelle Darnis, Amandine Verchère,
Sébastien Goudin.
Remerciements à **Jean-Pierre Gourdol.**

1. *Association loi 1901,créée en 2000, constituée de deux diététiciennes et d'un diététicien, tous diplômés d'État, et financée principalement par le GRSP.*
2. *Relevé des IMC sur un échantillon de 142 enfants du CE1 au CM1 répartis dans trois écoles (filles et garçons confondus), par la médecine scolaire municipale en 2007.*
3. *Parmi les spots publicitaires ciblant des enfants, sept sur dix concernent des produits alimentaires, dont 70 % des produits sucrés (gâteaux, chocolat, glaces, barres chocolatées, etc.), céréales et bonbons* (Coon et al. *2001).*
47 % des enfants dans la tranche des 8-14 ans déclarent que les publicités qu'ils regardent leur donnent envie de manger ou de boire. 62 % d'entre eux demandent à leurs parents d'acheter les produits dont ils ont vu la publicité à la télévision ; ils sont 91 % à déclarer obtenir ce qu'ils demandent (enquête INPES, octobre 2007).
4. *Avec le concours du Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin) et de l'Association départementale d'éducation pour la santé (Ades) du Rhône – Programme national nutrition-santé.*
5. *Éducation pour la santé en milieu scolaire*
6. *Données traitées et analysées par Léa Lystard.*

Image du corps et stratégies de marketing

Associée à l'École des papilles, l'Ades du Rhône prépare, par ailleurs, un outil d'animation pour les jeunes adultes sur la thématique « Image du corps et stratégies marketing des industries agro-alimentaires » en partenariat avec le conseil général du Rhône, les missions locales de Lyon, l'espace santé jeunes de Lyon, La Mutuelle des étudiants (LMDE), l'université de Lyon-1 pour la licence professionnelle alimentation santé, ABC Diététique et la clinique médico-universitaire Georges-Dumas. Cet outil sera diffusé fin 2008.

Un concours sur les addictions en Vaucluse

Alcool, tabac, cannabis, l'évocation de ces substances auprès des jeunes peut susciter la curiosité et l'attirance pour des plaisirs inexplorés.

Des constats sur les consommations des jeunes…

Différentes enquêtes mettent en avant l'évolution des consommations de produits psychoactifs chez les jeunes. La dernière enquête Espad de l'Inserm et de l'OFDT (1) souligne que les substances les plus expérimentées entre 12 et 18 ans sont l'alcool et le tabac. Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans cette tranche d'âge. En région Paca, les bulletins Repère Santé 2006 de l'Observatoire régional de la santé (2) mettent en avant que les comportements tabagiques sont globalement similaires à ceux observés dans tout le pays : 33 % des jeunes fument quotidiennement. Les usages d'alcool sont également identiques à la moyenne nationale (12 %) mais la consommation d'alcool fort est plus fréquente. Entre 12 et 25 ans, un jeune sur quatre consomme de l'alcool une fois par semaine et 7 % déclarent qu'il leur est arrivé de boire au point de ne plus se souvenir de rien le lendemain. Enfin, concernant la consommation de cannabis, celle-ci est plus fréquente en Paca parmi les adolescents et les jeunes adultes (12- 25 ans).

Les résultats de ces différentes enquêtes incitent à développer des programmes de prévention des conduites addictives en direction des jeunes. Si nombreux d'entre eux sont axés sur les produits consommés et/ou les comportements de consommation, peu d'actions prennent en compte le contexte environnemental et sociétal des usages de produits psychoactifs.

…à un programme de développement de l'esprit critique

C'est ainsi que le Codes de Vaucluse en partenariat avec les institutions et les associations du champ de l'adolescence et de la prévention des addictions du département, propose aux jeunes, via un concours départemental, de développer leur esprit critique en repérant et en analysant les influences auxquelles ils peuvent être soumis dans leurs consommations de produits psychoactifs (les copains, la famille, etc.) mais aussi par des démarches commerciales, (marketing, les lieux de fêtes, etc.) (3).
Au-delà, d'une simple réflexion sur les produits, il s'agit de les amener à réfléchir aux mécanismes d'attraction qui agissent sur eux. De l'élaboration par des alcooliers de boissons si sucrées que le goût de l'alcool en est masqué et dotées d'un packaging accrocheur (prémix), à une forme de publicité dissimulée pour mieux s'imposer (*sponsoring*), il s'agit de décoder les manipulations mises en œuvre dans les « coulisses » de ces plaisirs artificiels.

Ce concours s'adresse aux jeunes âgés de 11 à 25 ans. Il sera proposé durant l'année scolaire 2008-2009 aux établissements scolaires publics et privés, aux structures d'insertion (missions locales, centres de formation) mais également au domaine de l'éducation populaire (centres de loisirs, clubs jeunes, etc.).

Permettre aux jeunes d'analyser les informations et les expériences de façon objective et d'évaluer les facteurs qui influencent leurs attitudes et leurs comportements, tel est l'enjeu de cette démarche de prévention participative et partenariale.

Sabine Gras
Adjointe de direction,
Comité départemental d'éducation
pour la santé de Vaucluse, Avignon.

Pour en savoir plus
http://www.codes84.fr

Références bibliographiques

(1) Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête Espad 2003 en France – consommations de substances psychoactives des élèves de 12 à 18 ans, évolutions entre 1993 et 2003. Saint-Denis : OFDT, Paris : Inserm, 2004 : 9 p. (dossier de presse).
(2) Repère Santé n° 5, n° 6, n° 7. Marseille : ORS Paca, 2006.
(3) Bernès C. Étude « *Vulnérabilité et responsabilité des jeunes en matière de consommation* ». INC Hebdo 2006 ; n° 1393 : 10 p.

« Décode le monde » pour développer l'esprit critique

« Décode le monde ! » est un outil pédagogique composé d'un guide, d'un CD-Rom, d'un DVD. Conçu par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes [1], il a pour objectif de développer les compétences psychosociales des adolescents afin de prévenir les conduites à risque. Une enquête auprès des utilisateurs montre un degré de satisfaction élevé, et objective ses atouts et ses handicaps au regard de l'utilisation qui en a été faite.

Nombre d'outils pédagogiques en éducation pour la santé sont centrés sur une thématique ou un produit : tabac, alimentation, etc., alors que « Décode le monde ! » est construit dans une vision positive et globale de la santé[2]. Destiné à prévenir les conduites à risques, il a pour objectif de développer les facteurs de protection de l'individu. Il a été validé par la commission de validation des outils pédagogiques de la Mildt en 2006.

« Décode le monde ! » a pour objectif de développer l'esprit critique, la pensée créative des jeunes de 12 à 16 ans par rapport aux images, aux écrits et aux débats. S'il vise l'étude de l'influence directe des médias sur la santé, il permet aussi d'élargir la notion d'influence à l'ensemble de l'environnement du jeune et l'aide à identifier ses réactions, ses émotions, ses propres modes de résistance, de prendre du recul pour gagner en autonomie. Ce programme s'articule autour de quatre modules complémentaires :
– « critique de l'image » débusque le sens caché des publicités, leur mode de séduction, de réalisation et les moyens d'y résister ;
– « critique des débats », organisé autour d'un outil de communication : « la boussole du langage » ;
– « critique de l'écrit » repositionne les écrits dans leur dimension subjective ;
– « production » permet une remobilisation des connaissances via la production d'une affiche de promotion de la santé positive.

L'objectif de l'enquête téléphonique menée auprès des premières structures ayant acquis l'outil était double :
– connaître les modalités d'utilisation de l'outil de 2 à 6 mois après acquisition ;
– identifier les leviers d'implantation et la satisfaction.
Cette évaluation a été mise en place en juin 2007[3].

Apprécié mais pas toujours utilisé

Les premiers résultats indiquent qu'il existe un décalage entre intentions d'achat et utilisation effective.
• *Animer le programme auprès des jeunes* : si près de 60 % des personnes interrogées ont acheté l'outil avec l'intention de le mettre en place, 25 % l'ont effectivement implanté[4].
• *Diffuser l'outil, former à sa pratique :* plus de 25 % des personnes interrogées avaient projeté ou projetaient de mettre en place une présentation ou une formation (dans le cadre d'échanges de pratiques, dans l'optique d'une lecture critique ou d'une programmation).
• *Enrichissement documentaire :* moins de 10 % des utilisateurs ont prêté l'outil alors que 25 % comptaient le faire[5].

Les principaux points forts de l'outil :
– il est jugé clair, accessible et compréhensible par la totalité des personnes l'ayant mis en place ;
– le guide pratique et le CD-Rom, jugés bien présentés, explicites. Leurs contenus facilitent l'appropriation des concepts ;
– son adaptation au contexte scolaire, implantation majoritaire en collège, puis en lycée ;
– la flexibilité des angles d'approche : 60 % des projets centrés sur les publicités alimentaires, 33 % sur la prévention des addictions ;
– l'utilisation « boîte à outils », le découpage en plusieurs modules, qui permettent une implantation partielle du programme, notamment des modules « critique de l'image » et « production ».

Globalement, les utilisateurs sont satisfaits ou très satisfaits de l'outil. Toutes les personnes en ayant mis en place une partie ont apprécié cette expérience et le conseilleraient à un collègue. 75 % pensent en avoir retiré des bénéfices d'ordre plus personnel (boussole du langage, aide pratique, aide méthodologique, etc.).

1. Renseignements complémentaires : www.codes06.org
2. Approche globale qui prévaut dans la conception des outils d'intervention en éducation pour la santé à l'INPES : Léo et l'eau, Léo et la terre, Léa et l'air, Léa et le feu, *collection* Les chemins de la santé, outils destinés aux enfants de primaire ; Libre comme l'air, *collection* Comment ça va ?, *outil destiné aux collégiens, éditions INPES. En savoir plus : www.inpes.sante.fr*
3. Éléments du protocole d'enquête :
– critères d'inclusion : voir acquis l'outil ou participé à une formation à l'outil entre novembre 2006 et le 15 mars 2007 ;
– recueil par questionnaire semi-directif ;
Trente-trois structures contactées entre le 1er et 15 juin 2007.
4. Principaux freins à l'utilisation : le temps, la nécessité de travail partenarial : « Le programme s'inscrit dans la durée et nos temps d'interventions sont trop ponctuels ».
5. En cours d'indexation dans la banque de prêt.
6. Peu d'études publiées sur l'utilisation des outils, pourtant l'évaluation est de plus en plus prégnante dans nos pratiques de terrain, il paraît indispensable d'avoir le retour des utilisateurs sur nos outils « artisanaux ».

Les deux principaux points faibles repérés sont :
– le temps imparti au programme dans sa totalité, qui a rendu partielle l'implantation ;
– la tonalité « enfantine » du DVD malgré ses qualités didactiques reconnues.

À expérimenter avant d'animer

Deux facteurs facilitent l'implantation de l'outil : son acquisition depuis plus de six mois et la participation à une formation (sur l'outil ou l'éducation pour la santé).

Un temps d'appropriation de l'outil est nécessaire et favorise son utilisation. Si cette évaluation comporte plusieurs biais – la taille de l'échantillon, les flous de mémoire des répondants –, elle apporte un éclairage précieux sur l'utilisation de l'outil et permet d'envisager des modifications du contenu[6].

Les résultats nous interrogent sur les limites et la place d'un outil en éducation pour la santé. Ce n'est pas l'outil qui fait un projet, l'outil est au service du projet. Ainsi, la pertinence du choix et de l'utilisation d'un outil est au carrefour de la problématique initiale du projet, du contenu de l'outil et de l'adaptation qui peut être faite sur le terrain. Aux utilisateurs, on peut conseiller l'absence de respect des outils originels et la liberté fondamentale de les adapter au contexte, posture résumée par cette citation d'Henri Bergson : *« En définitive, l'intelligence… est la faculté de fabriquer des objets artificiels, en particulier des outils à faire des outils, et d'en varier indéfiniment la fabrication. »* Cet outil reste d'actualité tant dans ses concepts, que dans les textes (guide Mildt/Desco, socle commun de compétences, etc.).

Dorothée Bert
Chargée de l'étude d'implantation,
Chantal Patuano
Directrice,
Corinne Roehrig
Médecin de santé publique,
Codes des Alpes-maritimes.
Toutes trois coauteures de l'outil.

Face aux images, « En route pour la vie »

Dans les Bouches-du-Rhône, des animateurs en santé interviennent, dans les classes de CM2, sur l'éducation à la vie relationnelle et sexuelle. Ils travaillent en lien avec l'enseignant et l'infirmier scolaire, en s'appuyant sur un module d'éducation pour la santé intitulé « En route pour la vie ». Cent soixante-quinze classes du département en ont bénéficié.

Dès le CM2 (10-13 ans), les enfants sont confrontés à des images ayant trait à la vie relationnelle et à la sexualité qui, parfois, leur font violence et face auxquelles ils manquent d'espace d'échange avec des adultes. Cette entrée dans la puberté où ils voient leur corps se transformer correspond au passage au collège avec toutes les questions que cela soulève pour eux et leurs parents. Pour y répondre, en 1999, le comité d'éducation pour la santé des Bouches-du-Rhône (Codes 13) a élaboré, à destination d'élèves de CM2, « En route pour la vie »[1], un module d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle. Il s'intègre au programme de l'Éducation nationale sur la reproduction humaine et la sexualité et a été conçu pour être présenté, en collaboration, par un animateur de santé, le professeur et un infirmier de santé scolaire. La fréquence de l'animation étant d'une séance d'une heure par quinzaine, il est possible de suivre l'évolution physique et psychologique des enfants sur une grande période de l'année. Il s'agit de permettre aux adolescents de mettre des mots sur leurs interrogations, émotions, sensations ; de comprendre ce qui est en jeu dans la relation à l'autre ; de susciter une réflexion sur l'égalité entre filles et garçons ; de connaître et comprendre la sexualité, de se réaliser harmonieusement et d'être responsable dans son projet de vie.

Les parents sont systématiquement associés à une réunion de présentation du module ; ils restent difficiles à toucher et sont parfois réticents aux interventions sur la sexualité. Pourtant, quand ils participent et prennent connaissance des outils utilisés dans le module, ils sont soulagés et intéressés, et posent des questions sur les changements qu'ils observent chez leurs enfants.

Parler de l'expression des sentiments

Ces concertations préalables et la connaissance que les intervenants du Codes ont des enfants permettent de mettre en évidence chez les élèves de 10 à 13 ans un réel besoin de connaissances en ce qui concerne les transformations du corps à la puberté et d'expression des sentiments en fonction de

la culture, du genre, des possibilités de dialogue familial.

L'animateur en santé rencontre les enfants sur neuf séances[2] ; à partir des représentations de la santé, le groupe élabore une définition commune de la santé. Suivent : la connaissance du corps, l'anatomie, l'expression des sentiments, la puberté, la reproduction, la grossesse, la contraception, les conduites à risque... De façon transversale, des débats et des échanges sont amenés par l'animateur sur le thème abordé en le mettant en perspective avec le vécu et l'expérience des enfants.

Entre 2003 et 2008, « En route pour la vie » a été mis en œuvre dans cent soixante-quinze CM2 du département des Bouches-du-Rhône et a concerné 4 062 élèves. L'action se déroule essentiellement dans les quartiers de la Politique de la ville, où le Codes 13 mène des actions de santé communautaire.

Associer les enseignants

Fortement demandé par les établissements scolaires, ce module d'animation demeure difficile à initier car il suppose une coanimation avec les enseignants sur un thème sur lequel ils sont peu à l'aise. Toutefois, ces derniers apprécient d'entendre les enfants, qui ont beaucoup de choses à dire sur ce thème. L'évaluation de cette action montre que les enfants prennent confiance en eux au fil des séances et participent de plus en plus. Grâce à l'évolution du vocabulaire utilisé et des questions soulevées, les intervenants constatent que les enfants acquièrent des connaissances sur le corps, les organes reproducteurs et la sexualité mais aussi qu'ils modifient leur comportement. Ils prennent l'habitude de s'écouter avec respect et intérêt. Les représentations que les filles et les garçons ont de l'autre sexe évoluent : par exemple, lors d'une séance, les garçons sont surpris de voir que certaines filles aiment jouer au foot et les filles sont surprises de découvrir qu'un garçon de la classe aime être coquet.

Les enfants proposent des sujets de débat en lien avec les images qu'ils reçoivent par les différents moyens de communication auxquels ils ont accès : actualités, séries, Internet. Reviennent ainsi régulièrement :
– des questions en lien avec l'actualité (cette année, par exemple, l'affaire de séquestration en Autriche d'une fille par son père) ;
– des événements vus dans les séries télé en vogue (par exemple sur le thème des grossesses précoces : une jeune fille de 12 ans dans *Dr House*) ;
– des images vues à la télé ou dans les magazines (par exemple, les siamois et leur séparation) ;
– des images pornographiques vues soit dans des films, soit sur Internet.

Un espace de parole

Chacune de ces préoccupations trouve un espace de parole pour que l'enfant puisse raconter ce qu'il a vu, exprimer son ressenti ; et de débat pour que les autres enfants interviennent et complètent. L'animateur répond en utilisant le vocabulaire adapté et soulève lui-même des questions annexes pour relancer le sujet et faire en sorte que les enfants s'expriment le plus possible ; et pour leur permettre d'analyser et de prendre du recul sur ce qu'ils sont en train de dire ou sur les images qu'ils ont vues, en particulier sur la question de la normalité. Le Codes 13 poursuit, en 2008-2009, la mise en œuvre du module « En route pour la vie » dans les CM2 du département[3].

Nathalie Merle
Directrice,
Sylvaine Roustan
Coordinatrice du programme,
Codes des Bouches-du Rhône, Marseille.

1. Mise en œuvre financée par l'État dans le cadre PRS-J, Programme régional de santé des enfants et des jeunes de 1999 à 2004 et du Programme régional de santé publique (PRSP) depuis 2005 ; cofinancé par le Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs).
2. Outils et techniques utilisés : photolangage®, mimes, débats, fiches pédagogiques, travaux de groupes (exposés et autres), vidéo Au bonheur de la vie.
3. Le Codes 13 organise, le 7 octobre 2008, une journée de réflexion à destination des acteurs du département intitulée « Sexualité et vie affective, où en est-on ? ».

Jeunes en insertion : construire une pensée critique

Dans le cadre du programme « Santé des jeunes de 15 à 25 ans » du conseil régional Languedoc-Roussillon[1], les comités d'éducation pour la santé de la région[2] répondent aux nombreuses sollicitations des centres de formation pour intervenir auprès des jeunes en insertion professionnelle[3]. Ces interventions, appelées « modules santé », ont comme sujet principal la santé globale (physique, psychologique et sociale). Elles s'adressent à des groupes très hétéroclites composés de 10 à 15 stagiaires des deux sexes et d'origine ou de nationalité diverse.

Au cours de la centaine d'interventions réalisées en 2007 auprès de plus de 700 participants, on a constaté que ces jeunes cumulent des difficultés personnelles, relationnelles et sociales défavorables à leur insertion : déscolarisation précoce, inactivité professionnelle, précarité économique, perte du lien social, mauvaise estime de soi, etc. Leurs difficultés se situent également au niveau de leur santé : consommation excessive de produits licites et illicites, alimentation non équilibrée, pas d'utilisation systématique du préservatif, tentative de suicide, etc. Les facteurs qui déterminent leurs comportements et concourent à leur mal-être sont nombreux et de différentes origines.

Dans ce contexte, il ne convient pas de limiter les objectifs des interventions à une simple transmission de connaissances sur les risques ou les maladies. C'est pourquoi les « modules santé » visent également le développement des compétences psychosociales[4] chez les jeunes qui leur permettent de se construire eux-mêmes, de mieux comprendre la complexité de l'environnement dans lequel ils évoluent, et donc de mieux réagir aux exigences et pressions de la vie quotidienne, dans leur relation à eux-mêmes et aux autres. Il s'agit ainsi pour le jeune, d'une part, de favoriser l'acquisition de connaissances nécessaires pour être acteur de sa santé et de l'aider à s'adapter à son environnement, et, d'autre part, de l'émanciper, de le rendre libre et de l'aider à construire son autonomie.

Ces interventions, animées par des éducateurs pour la santé, sont scindées

en deux séances de trois heures. La première séance est organisée de façon à établir dès le début un climat et un espace de communication et de confiance entre les participants afin de favoriser l'expression et l'échange sur leurs représentations de la santé. La notion de santé globale, les structures ressources en santé et l'accès aux droits de santé sont abordés à l'aide de plusieurs outils d'éducation pour la santé et de différentes techniques d'animation[5]. Ces animations encouragent les jeunes à être actifs, à exprimer leurs points de vue, tout en les invitant à accepter la différence et reconnaître le droit à l'erreur. Cette pédagogie active, permettant au stagiaire de partager son savoir, et ce climat participatif, où il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, incitent les jeunes à s'exprimer de manière construite, à argumenter et à différencier leur opinion de celle des autres. Ils acceptent d'en débattre et de remettre en cause leur propre jugement. Le fait de critiquer et d'analyser les informations et les expériences de façon objective leur apprend à reconnaître et évaluer les facteurs qui influencent leurs représentations, leurs attitudes et leurs comportements, comme par exemple les médias et la pression du groupe. Ainsi, ils développent le sentiment d'un plus grand contrôle et d'une plus grande maîtrise de l'environnement. Ces interventions, qui mettent en valeur les compétences non scolaires des jeunes, viennent donc modifier le regard qu'ils portent les uns sur les autres, et souvent renforcer la dynamique du groupe.

Pendant la deuxième séance, des thèmes et des problèmes choisis par les jeunes pendant la première séance sont abordés, notamment les addictions, le bien-être, la nutrition, et la vie affective et sexuelle. Pour chaque thème, les éducateurs cherchent à favoriser l'expression, la prise de conscience, la connaissance des effets et des risques, ainsi que l'identification des lieux et professionnels ressources. Les thèmes sont tous abordés de manière globale en partant des préoccupations, des représentations, des comportements et des expériences des jeunes, permettant ainsi à l'éducateur d'adapter son langage, de cerner leurs besoins prioritaires et de répondre à leurs interpellations. Les outils ludiques et les techniques d'animation interactives permettent à chacun de réfléchir, de se questionner, d'échanger et de rechercher des solutions, seul, en groupe, ou à l'aide du professionnel. Dans une telle atmosphère, le jeune s'engage, ose poser des questions, exprimer ses priorités et critiquer les informations. Il devient acteur de son apprentissage parce qu'il sent qu'on valorise son savoir, son vécu et ses expériences, et parce qu'il a pris conscience de ce qu'il a appris, de comment il l'a appris et de ce qu'il pourrait encore apprendre.

L'évaluation des interventions montre que les jeunes sont préoccupés par leur santé et celle de leur entourage. La note globale attribuée par les participants aux « modules santé » est de 8,9 sur 10. Ils disent avoir particulièrement apprécié les outils et les techniques d'animation, la liberté d'expression, l'ambiance conviviale et l'aspect ludique. Ils estiment que les « modules santé » leur ont permis de s'exprimer (93 % des jeunes), leur ont permis d'échanger avec les autres (92 %) et de réfléchir sur leur santé (90 %). Par ailleurs, ils ont le sentiment d'avoir appris des choses sur les questions de santé (93 %) et sur les droits à la santé (81 %), et affirment que les « modules santé » leur ont fait connaître les professionnels et les structures de santé (82 %). Globalement, ces interventions correspondent aux attentes et aux demandes des stagiaires. On notera en outre que plus de 70 % des participants n'ont pas répondu à la question « *Ce que vous n'avez pas aimé* ». Cependant, certains jeunes souhaiteraient que les « modules santé » ne se limitent pas à deux séances afin d'approfondir certains thèmes et d'en aborder d'autres.

Les résultats de l'évaluation viennent conforter le choix des comités d'éducation pour la santé de poursuivre les interventions sous la forme d'animations participatives abordant la santé de manière globale mais montrent également la nécessité d'inscrire les « modules santé » dans une démarche de longue durée. Cette approche globale des questions de santé, centrée sur le jeune et ses besoins et sur le développement des compétences psychosociales, confère aux « module santé » une plus-value. Toutefois, pour prolonger cette démarche, il serait nécessaire d'inscrire ces interventions dans le projet pédagogique et de créer davantage de lien entre les centres de formation et les autres acteurs de l'insertion, de la prévention et de la santé.

Sven Schaul
Chargé de projets,
Comité régional d'éducation pour la santé
Languedoc-Roussillon.

1. « Programme de promotion de la santé des jeunes de 15 à 25 ans », financé par le conseil régional Languedoc-Roussillon.
2. Les Codes de l'Aude, du Gard, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales et le Cres du Languedoc-Roussillon.
3. Dans le cadre du programme d'Action préparatoire à l'insertion du conseil régional, les jeunes sont adressés vers les centres de formation par les missions locales pour suivre des stages d'insertion.
4. Selon l'Organisation mondiale de la santé (1993), les compétences psychosociales recouvrent la capacité à résoudre un problème, à prendre des décisions, à avoir une pensée critique et créative, à savoir gérer ses émotions et son stress, à savoir communiquer efficacement, à être habile dans les relations interpersonnelles et à avoir conscience de soi et de l'empathie pour les autres.
5. Exemples d'outils d'éducation pour la santé et de techniques d'animation favorisant l'expression et/ou l'argumentation : CV imaginaire, Photolangage®, Abaque de Régnier, etc.

Pour en savoir plus

Notre rapport aux médias fait l'objet de nombreux écrits : tour à tour objet dangereux, manipulateur, violent, citoyen, éducatif, émancipateur, le média est présenté comme source du meilleur comme du pire. La question de l'éducation aux médias est donc au centre du sujet médias et santé : elle renvoie à la « capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. » (Organisation mondiale de la santé (OMS). Compétence en matière de santé. In : *Glossaire de la promotion de la santé.* Genève : OMS, 1998 : p.11).
Après quelques données générales sur l'éducation aux médias, nous avons choisi des références sur l'usage des médias, leur influence sur les normes sociales et les comportements de santé. Quelques références traitent de la protection des mineurs face à la violence dans les médias et face à Internet, sujet d'actualité qui fait l'objet de nombreux écrits. Enfin, une sélection d'outils, de sites pédagogiques et d'organismes est proposée.
Les adresses des sites Internet mentionnés ont été consultées et vérifiées le 20/06/2008.

« Tout au long de la vie, plus on apprend et plus on connaît, mais surtout plus vite on maîtrise et adopte des capacités, habitudes et attitudes d'apprentissage efficaces – trouver comment, où, auprès de qui et quand rechercher et extraire l'information dont on a besoin mais qu'on n'a pas encore acquise – plus on maîtrise l'information. L'aptitude à appliquer et à utiliser ces capacités, habitudes et attitudes permet de prendre des décisions judicieuses en temps opportun pour faire face aux difficultés qui peuvent survenir sur les plans personnel et familial comme sur les plans de la santé et du bien-être, de l'éducation, de l'emploi, de la citoyenneté et autres. »
Woody Horton JR F. *Introduction à la maîtrise de l'information.* Paris : Unesco, Division de la société de l'information, Secteur de la communication et l'information, 2007 : p. VII.

Bibliographie

Données générales

• Blindé J. (dir.), Sampson F. (coord.), Desmarais L., Plouin J. *Vers les sociétés du savoir.* Rapport mondial de l'Unesco. Paris : Unesco, 2005 : 237 p.
En ligne : http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001418/141843f.pdf

• Clemi, ministère de l'Éducation nationale. *L'éducation aux médias : de la maternelle au lycée.* Paris : CNDP, coll. Pratiques innovantes, 2005.

• Commission nationale française pour l'Unesco. *L'éducation aux médias : enjeu des sociétés du savoir.* [Synthèse et actes : séminaire euro-méditerranéen organisé par la Commission nationale française pour l'Unesco, 27-28 octobre 2005, Paris]. Paris : Unesco, 2005 : 25 p.

• Gonnet J. *Éducation aux médias : les controverses fécondes.* Paris : Hachette éducation, CNDP, 2001 : 142 p.

• INRP, cellule veille scientifique et technologique. *Éducation à l'information.* La lettre d'information 2006 ; n° 17 : 8 p.
En ligne : http://www.inrp.fr/vst/LettreVST/avril2006.htm#partie1

• IUFM Aquitaine. Éduquer *à / par l'information.* Esquisse 2007 ; n° 50-51 : 196 p.
En ligne : http://www.aquitaine.iufm.fr/recherche/esquisse/pdf/esquisse50.pdf

• Porcher L. *Les médias entre éducation et communication.* Paris : Vuibert, Clemi, Ina, coll. Comprendre les médias, 2006 : 224 p.

• Unesco. *Programme information pour tous (PIPT) : pour une information vivante.* Paris : Unesco, 2006 : 15 p.
En ligne : http://portal.unesco.org/ci/en/file_download.php/9519ba54e60580953075dc32dbeb2086brochure-fr.pdf

• Woody Horton JR F. *Introduction à la maîtrise de l'information.* Paris : Unesco, Division de la société de l'information, Secteur de la communication et l'information, 2007 : 102 p.
En ligne : http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001570/157020f.pdf

Médias : usages et représentations

• Bevort E. Bréda I. *Les jeunes et Internet : représentations, usages et appropriation.* Paris : Clemi, 2001.
En ligne : http://www.clemi.org/jeunes_internet.html

• Berret P. *Diffusion et utilisation des Tic en France et en Europe.* Paris : Deps, coll. culture chiffres, 2008 : 16 p.
En ligne : http://www2.culture.gouv.fr/deps/fr/Deps-CC-2008-2-TIC-site.pdf

• Donnat O., Lévy F. *Approche générationnelle des pratiques culturelles et médiatiques.* Paris : Deps, coll. culture prospective, 2007 : 32 p.
En ligne : http://www2.culture.gouv.fr/deps/pdf/prospective/culture_prospective_2007-3.pdf

• Masselot-Girard M. *Jeunes et médias : éthique, socialisation et représentation.* Paris : L'Harmattan, 2004 : 345 p.

• Jacquinot G. (dir.) *Les jeunes et les médias : perspectives de la recherche dans le monde.* Paris : L'Harmattan, coll. Débats Jeunesses, 2002 : 247 p.

• Bevort E., Bréda I. *Appropriation des nouveaux médias par les jeunes : une enquête européenne en éducation aux médias* [synthèse de l'enquête]. Louvain-la-Neuve : Mediappro, 2006 : 29 p.
En ligne : http://www.clemi.org/international/mediappro/Mediappro_b.pdf

Médias, normes sociales et comportements de santé

• Bohler S. *150 petites expériences de psychologie des médias pour mieux comprendre comment on vous manipule.* Paris : Dunod, 2008 : 240 p.

• Dagnaud M. *Enfants, consommation et publicité télévisée.* Les études de la Documentation française, 2005, numéro hors-série : 112 p.

• Renaud L. (dir.) *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé.* Québec : Presses de l'université du Québec, coll. santé et société, 2007 : 328 p.

En ligne : http://www.puq.uquebec.ca/fr/repertoire_fiche.asp ?titre=titres&noProduit=D1526
• Rootman I., Gordon-El-Bihbety D. *Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Ottawa : Association canadienne de santé publique, 2008 : 52 p.
En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf
• Tisseron S. *Les dangers de la télé pour les bébés*. Bruxelles : yapaka.be, coll. Temps d'arrêt, 2008 : 61 p.
En ligne : http://www.yapaka.be/files/publication/TA_Dangers_T %C3 %A9l %C3 %A9_BB.pdf`

Protection de l'enfance face aux médias

• Brisset C. *Les enfants face aux images et aux messages violents diffusés par les différents supports de communication : rapport de Mme Claire Brisset, défenseure des enfants, à M. Dominique Perben, garde des sceaux, ministre de la Justice*. Paris : ministère de la Justice, 2002 : 65 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000633/index.shtml
• Frau-Meigs D., Jehel S., Costa-Lascoux J. (préf.). *Jeunes Médias Violences. Le rapport du Ciem 2002*. Paris : Économica, 2002 : 154 p.
• Henno J. *Les 90 questions que tous les parents se posent*. Paris : Éditions Télémaque, 2008 : 208 p.

Outils et sites

• Armandet Y., Aucouturier A., Brisse J., Dissard C. *Apprendre à lire les images en mouvement avec Les pinces à linge* [Ressource électronique]. Clermont-Ferrand : CRDP d'Auvergne, 2000.
CD-Rom d'initiation à l'analyse filmique, construit autour du court métrage de Joël Brisse « Les pinces à linge ».
• Ceméa. *Dispositif Écrans Mômes*. [Rubrique Internet et cédérom]. Paris : Ceméa, 2006.
Le dispositif Écrans Mômes est un espace d'animation éducative en ligne qui a pour objectif de sensibiliser les jeunes de 8 à 12 ans à l'influence de l'image (publicitaire, journalistique, etc.).
En ligne : http://www.cemea.asso.fr/multimedia/enfants-medias/spip.php ?rubrique85
• Chevenez O., Famery P., Clemi. *Faire son journal au lycée et au collège*. Paris : Victoires-Éditions, 2005 : 149 p.
• Codes Alpes-Maritimes. *Décode le monde : de l'influence des médias sur la santé*. [Kit pédagogique]. Nice : Codes 06, 2006.
• Curiosphère.tv : l'éducation en image sur France 5
Voir notamment la rubrique éducation aux médias
En ligne : http://www.curiosphere.tv/video-documentaire/17-4-1-1-education-aux-medias
• Enfants écrans jeunes et médias (Ceméa)
En ligne : http://www.cemea.asso.fr/multimedia/enfants-medias/index.php
Site produit et animé par les Ceméa (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active) et consacré à l'éducation aux médias (ressources, actualités, etc.).
• Espace juniors du site de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).
En ligne : http://www.cnil.fr/index.php ?id=13
• Frau-Meigs D. *L'éducation aux médias : un kit à l'intention des enseignants, des élèves, des parents et des professionnels*. Paris : Unesco, 2006 : 205 p.
En ligne : http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001492/149278F.pdf
• Ina, Clemi, Ceméa. *Apprendre la télévision : le JT*. [DVD-Rom]. Paris : Ceméa-Jériko.
En ligne : http://www.ina.fr/production/studio/APTV2003/menu_aptv.htm
• Saint-Mars de D., Bloch S. *Lili se fait piéger sur Internet*. Paris : Calligram, coll. Ainsi va la vie, 2006 : 46 p.
• Salles D. *La BD de case en classe : des BD pour découvrir la presse avec Les Schtroumpfs et Lucky Luke*. Clemi, CRDP de Poitou-Charentes, 2006. 88 p.
• Savino-Blind J., Bevort E., Frémont P., Menu B. *Éduquer aux médias, ça s'apprend* [Brochure]. Paris : CNDP-CLEMI, 2007 : 44 p.
En ligne : http://www.clemi.org/publications/livret_IUFM2007site.pdf

Organismes

• Centre de liaison de l'enseignement et des médias d'information (Clemi)
En ligne : http://www.clemi.org
Le Clemi est le centre d'éducation aux médias du ministère de l'Éducation nationale. Organisme de référence français sur le sujet, sa mission est « *de promouvoir, notamment par des actions de formation, l'utilisation pluraliste des moyens d'information dans l'enseignement, afin de favoriser une meilleure compréhension par les élèves du monde qui les entoure, tout en développant leur sens critique.* » (décret n° 93-718 du 25 mars 1993). Pour remplir cette mission, le Clemi propose des programmes de formation, d'animation, d'échanges et des publications pédagogiques. Il coordonne la Semaine de la presse et des médias dans l'école et pilote les projets européens Educaunet et EUroMeduc. Il édite également un bulletin d'information mensuel disponible en ligne : infodoc.

• Apte : les écrans, les médias et nous
En ligne : http://www.apte.asso.fr/
Créé en 2000, Apte est un réseau d'intervenants images-médias. Son objectif est de regrouper des personnes ou organismes qui mènent des actions d'éducation aux médias et de partager outils et pratiques.

• EuroMeduc : dispositif européen d'échange en éducation aux médias
En ligne : http://www.euromeduc.eu/

• Réseau Éducation-Médias
En ligne : http://www.education-medias.ca/francais/ index.cfm
Le réseau Éducation-Médias est un organisme canadien à but non lucratif. Créé en 1996, il a pour but de favoriser chez les jeunes la formation d'une pensée éclairée et critique à l'endroit des médias. Il produit de nombreuses ressources en éducation aux médias pour la classe et les parents.

• Collectif interassociatif enfance et média (Ciem)
En ligne : http://www.collectifciem.org
Créé en juillet 2002, le Ciem a pour objet de promouvoir la socialisation de l'enfant et de l'adolescent à l'âge du multimédia, de représenter leurs intérêts et de favoriser les échanges entre éducateurs, familles, professionnels et usagers des médias, pouvoirs publics et chercheurs dans ce domaine.

Dans sa lettre n° 11, parue en mars 2007, le Ciem a publié une tribune intitulée « Les jeunes et les médias, un enjeu d'éducation majeur » :
En ligne : http://www.collectifciem.org/IMG/pdf/LettreCIEM11.pdf
Il publie également des ouvrages et rapports sur le sujet.

Les médias par et pour les jeunes

• L'Association régions presse enseignement jeunesse (Arpej)
En ligne : http://www.pressealecole.fr
« Former des lecteurs avertis, quel que soit le support », tel est l'enjeu réactualisé du travail de l'Arpej, association qui émane du syndicat de la presse quotidienne régionale (SPQR) et qui mène depuis trente ans des actions de formation et d'information en direction « des jeunes citoyens ». L'Arpej encourage notamment les jeunes à prendre en main les supports de presse avec la campagne « Les jeunes écrivent la France » depuis 1997 et depuis 2003 avec « Les jeunes écrivent l'Europe ».

• Jets d'encre
En ligne : http://www.jetsdencre.asso.fr
L'association Jets d'encre promeut et valorise les expériences de presse écrite réalisées par les jeunes en milieu scolaire et ailleurs (conseil d'enfants et de jeunes, maison de quartier, association).
Elle assure le secrétariat de l'observatoire des pratiques de presse lycéenne, organise les assises de la presse lycéenne, le festival de la presse jeune, des concours, des formations, etc. Véritable centre de ressources pour les jeunes qui veulent s'exprimer dans la presse multimédia.

Organismes de recherche

• Centre de recherches sur l'éducation aux médias (Credam)
En ligne : http://www.clemi.org/credam/index.html
Le Credam souhaite promouvoir et mettre en commun des travaux de recherche sur « l'éducation aux médias ». Rattaché à l'université de Paris-III- Sorbonne-Nouvelle, le Credam est l'un des quatre centres du laboratoire « Communication Information Médias », validé par le ministère de la Recherche (équipe d'accueil 1484). Il croise étroitement ses axes de recherche avec le travail du Clemi (Centre de liaison de l'enseignement et des moyens d'information – ministère de l'Éducation nationale).

• Groupe de recherche « Médias et santé » (GRMS)
En ligne : http://www.grms.uqam.ca
Le groupe de recherche Médias et santé fait partie du département de communication sociale et publique de l'université du Québec, à Montréal (UQAM). Ses travaux portent sur le rôle des médias dans la construction des normes sociales de santé, et plus particulièrement en matière d'alimentation et d'activité physique : représentations dans les médias, évolution des discours médiatiques, l'évaluation des campagnes de promotion de la santé, les perceptions des messages par différents publics, etc.

• Groupe de recherche sur la relation enfants/médias (Grrem)
En ligne : http://www.grrem.org/
Le Grrem est une association née en 1993 de la nécessité de promouvoir et de diffuser la recherche fondamentale sur les sujets concernant les enfants et les médias. Il associe chercheurs, professionnels des médias, enseignants et acteurs du champ social, éducatif et culturel de l'enfance et de la jeunesse.

Élisabeth Piquet
Responsable département documentation de l'INPES.

La Réunion : un classeur pédagogique pour aider à manger équilibré

À la Réunion, le taux d'obésité augmente avec le recul de la tradition culinaire et l'arrivée massive de produits alimentaires industriels. Face à ce changement de comportements, le conseil général a mis en place un plan spécifique de lutte contre l'obésité, avec le soutien des professionnels de la santé et de l'éducation. Dans ce cadre et celui du Programme national nutrition-santé, le comité régional d'éducation pour la santé a créé un « classeur », outil visant à inciter la population à adopter une alimentation plus équilibrée.

Plusieurs constats ont incité le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de la Réunion et ses partenaires à élaborer le classeur pédagogique « Nouveaux goûts, nouveaux plaisirs » :
– la forte prévalence des maladies liées à l'alimentation à la Réunion (obésité, diabète, hypertension) ;
– l'absence d'outils adaptés à la culture nutritionnelle réunionnaise ;
– les sollicitations répétées d'accompagnement méthodologique des acteurs de terrain ;
– le bouleversement des modes de consommation des Réunionnais avec l'amélioration des conditions de vie.

Si l'on peut se réjouir de l'amélioration des conditions de vie au cours de ces trente dernières années, cette évolution a déstabilisé les comportements alimentaires des Réunionnais. On constate, d'une part, une profonde envie de conserver les traditions et, d'autre part, l'existence de très fortes tentations liées à la société de consommation. L'abondance de produits dans les rayons des supermarchés et l'envie de profiter de cette variété induisent des comportements alimentaires défavorables à la santé. Les périodes de pénurie passées expliquent, en partie, cet engouement pour la consommation. De plus, on constate que l'alimentation équilibrée est souvent considérée comme une alimentation sans plaisir ni goût mais pleine de restrictions pour une majorité de la population. Ainsi, face à l'offre, adopter une alimentation non seulement qui conserve les traditions et qui contribue à une bonne santé peut sembler très difficile à mettre en œuvre.

Concilier tradition et alimentation équilibrée

Les pouvoirs publics, les professionnels de la santé, du social, les familles… prennent conscience de ces difficultés. Il s'agit donc de transmettre des messages cohérents afin que la population s'y retrouve et d'accompagner les comportements en conservant les traditions. En effet, le repas « riz grains cari »[1] couvre une partie des besoins nutritionnels, qui doivent être complétés par les fruits et les légumes « péi » et les laitages, autant de produits qui doivent être valorisés. C'est dans cette optique qu'a été réalisé le classeur pédagogique « Nouveaux goûts, nouveaux plaisirs ».

Cet outil pédagogique vise à encourager la consommation de fruits et de légumes, à commencer par ceux de la Réunion, auprès des jeunes en leur proposant une alternative séduisante à une alimentation trop riche en sucre et en graisse. Il a pour objectifs :
– d'informer le public de la diversité et des valeurs nutritionnelles des fruits et des légumes de la Réunion ;
– de favoriser l'adoption d'une alimentation variée, tenant compte des repères de consommation du Programme national nutrition-santé (PNNS), notamment cinq fruits et légumes par jour ;
– de sensibiliser le public à l'adoption d'un comportement nutritionnel favorable à sa santé en lui donnant les moyens de choisir où et comment acheter les aliments, les préparer et les manger ;
– de donner aux professionnels des repères éthiques, conceptuels, législatifs et méthodologiques sur la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé sur les thèmes de l'éducation nutritionnelle et de l'équilibre alimentaire.

Cet outil pédagogique est destiné aux professionnels de l'éducation, de la santé, de l'animation socioculturelle et du social qui s'adressent aux enfants de 4 à 11 ans et à leur entourage. Il est composé :
– d'une présentation de la problématique de l'alimentation contemporaine, et plus particulièrement de celle de la Réunion ;

– d'une présentation du Programme national nutrition-santé (PNNS) ;
– d'un guide méthodologique de la démarche de projets en éducation pour la santé, illustrée par deux propositions appliquées à l'alimentation ;
– de fiches actions qui abordent l'alimentation en quatre thèmes : alimentation et santé ; alimentation, produits de consommation ; alimentation à travers le monde ; alimentation, plaisir et convivialité.

Former les utilisateurs

Le classeur « Nouveaux goûts, nouveaux plaisirs » a été édité à cinq cents exemplaires et est diffusé auprès des professionnels par le biais de formations ou d'un accompagnement méthodologique. Il semble important à l'équipe du Cres Réunion que la diffusion de cet outil soit accompagnée afin de permettre aux professionnels, d'une part, de mieux s'approprier l'outil et, d'autre part, de leur donner les compétences nécessaires au développement de projets d'éducation nutritionnelle.

La formation « Nouveaux goûts, nouveaux plaisirs » est composée de trois modules d'une journée chacun. Le premier module est consacré à la présentation de l'outil et à la prise de conscience des déterminants du comportement alimentaire, le deuxième à l'initiation à l'éducation pour la santé et à la démarche de projet et le troisième apporte des apports théoriques et pratiques en diététique adaptés au contexte réunionnais.

L'animation de ces trois modules de formation est assurée par l'équipe du Cres Réunion et par une anthropologue pour la partie concernant l'évolution des comportements alimentaires des Réunionnais (2).

Le Cres Réunion a évalué la première vague de formations de 2006 (quarante-cinq personnes formées) six mois après la formation sur la base d'un échantillon représentatif constitué d'un tiers des participants. Cette évaluation montre que 85 % des personnes interrogées ont mis en place des projets d'éducation nutritionnelle à la suite de cette formation. Les apports anthropologiques et diététiques sont les éléments qui ont le plus apporté aux participants en leur permettant de mieux comprendre les comportements alimentaires actuels en jeu à la Réunion et de pouvoir donner des conseils adaptés aux pratiques culturelles culinaires du territoire.

Plan départemental de lutte contre l'obésité

Le conseil général de la Réunion a mis en place, depuis 2005, le Plan départemental de lutte contre l'obésité (PDLO). Ce plan, outil complémentaire du Programme national nutrition-santé (PNNS), permet une déclinaison locale, coordonnée, des actions d'éducation nutritionnelle. Les objectifs de ce plan sont :
– la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité ;
– la diminution de l'apparition de l'obésité chez l'enfant ;
– la diminution de la prévalence des risques liés à l'obésité ;
– le développement des actions de promotion de la santé pour une population à risque.

Trois axes stratégiques sont mis en œuvre afin de permettre la réalisation de ces objectifs :
• Informer, éduquer la population
– mise en place d'ateliers d'éducation nutritionnelle pour les adultes ;
– réalisation de campagnes de communication ;
– mise à disposition d'outils pédagogiques pour les professionnels.
• Impliquer la restauration collective
– accompagnement des responsables dans l'élaboration de menus équilibrés.
• Dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels ;
– diffusion du disque de mesure de l'indice de masse corporelle auprès des professionnels de santé ;
– formation des professionnels.

Concrètement, ce plan s'est traduit, au cours des deux dernières années, par la mise en œuvre des actions suivantes : ateliers d'éducation nutritionnelle pour les adultes, campagnes de communication, formations pour les professionnels, mise à disposition d'un fonds documentaire « alimentation » dans toute l'île ainsi que des outils de dépistage de l'obésité pour les professionnels, accompagnement de responsables de restauration scolaire et, enfin, valorisation d'outils d'éducation nutritionnelle. Les premiers résultats de l'évaluation montrent une amélioration des connaissances et de certains comportements. Ces actions se poursuivent donc pour les années à venir.

Sainte-Rose, site pilote

La ville de Sainte-Rose s'est proposée pour être site pilote. La mairie a donc réuni, avec le soutien du conseil général, un comité de pilotage (Éducation nationale, commune, associations, PMI, CCAS, parents d'élèves, Cres, etc.) afin de réfléchir aux actions à mettre en place.

En premier lieu, ce groupe a travaillé à la réalisation d'un diagnostic de terrain afin de mieux connaître les besoins et l'avis de la population autour de la problématique de l'obésité et de la nutrition de manière plus générale. Les résultats de cette enquête ont permis au comité de pilotage de définir les priorités et objectifs opérationnels en cohérence avec les préoccupations de la population. Plusieurs actions ont été mises en place par l'intermédiaire du conseil général, de la commune et du comité de pilotage :
– l'intervention d'un diététicien pour la mise en œuvre d'un plan alimentaire et la réalisation d'un cycle de menus ;
– la formation du personnel de cuisine ;
– la mise en place d'ateliers d'éducation nutritionnelle pour adultes ;
– la réalisation d'actions de sensibilisation auprès des enfants et des adolescents de Sainte-Rose autour du petit déjeuner et de l'importance d'une alimentation équilibrée associée à la pratique d'une activité physique.

Après deux ans d'accompagnement de la ville de Sainte-Rose et d'autres actions menées sur l'ensemble de l'île, d'autres communes se positionnent actuellement pour prendre part au Plan départemental de lutte contre l'obésité.

Blandine Bouvet
Directrice,
Frédérique Madé
Chargée de projet, diététicienne,
Dr Rémi Foubert
Président,
comité régional d'éducation pour la santé
de la Réunion, Saint-Paul.

1. Les plats traditionnels réunionnais sont composés de riz blanc, de légumineuses (lentilles, haricots rouges, haricots blancs, etc.) et de cari (viande, poissons ou des œufs cuisinés avec des oignons, de l'ail, des tomates, du curcuma, des piments, du thym et de l'huile).
2. Laurence Pourchez, associée CNRS UMR 5176, MNHN et Centre d'ethnologie française, MNATP ou Muriel Roddier, directrice de RéuCARE.

Enquête sur l'alimentation des personnes précarisées

Socio-anthropologue, consultante sur l'alimentation, Christine César a mené pendant plus d'un an une étude auprès de familles en grande précarité auxquelles elle a rendu visite. Son constat est sans appel : ces personnes sont dans une démarche de survie avec 3 euros pour vivre (se déplacer, s'habiller… et manger) par jour et par personne. Pour se nourrir, les choix les plus rationnels sous l'angle de l'apport en énergie sont les produits les plus gras et sucrés. Dans les formations qu'elle anime, elle déculpabilise et conforte les professionnels dans leur démarche, pour partir de la compréhension du vécu des contraintes structurelles et envisager des solutions pragmatiques.

Christine César a réalisé pour l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle (Uren) une étude sur l'analyse de l'alimentation des familles en situation de grande précarité. En matière de nutrition, la partie de la population la plus paupérisée échappe aux études épidémiologiques, c'est pourquoi l'étude Abena est centrée sur les personnes ayant recours à l'aide alimentaire (1).

Le volet qualitatif a permis de conduire des entretiens approfondis dans les lieux de vie d'une quarantaine de familles résidant en région parisienne (les sans domicile fixe n'étaient pas inclus) (2). Les personnes rencontrées sont essentiellement des allocataires des minima sociaux, des chômeurs et des travailleurs pauvres. L'étude épidémiologique pointe chez ces populations des problèmes d'hypertension (plus importants chez les hommes que chez les femmes) ; le surpoids et l'obésité dans des proportions inquiétantes chez les femmes mais aussi un niveau élevé de scorbut et d'anémie ainsi qu'une déficience sévère en folates.

Grande dépendance à l'aide alimentaire

Les deux premiers résultats que l'on peut pointer dans cette enquête sont que la moitié des personnes déclare ne pas arriver « souvent » ou « parfois » à manger de façon suffisante et qu'une fraction importante de cette population dépend de façon exclusive de l'aide alimentaire.

Un exemple concret : au lendemain de la distribution d'un colis, je rends visite à une famille – un couple avec trois enfants – vivant dans une pièce de 15 m² d'un hôtel insalubre. Dans leur réfrigérateur, il n'y a que ce qui a été distribué la veille : un paquet de fèves, cinq camemberts allégés, des desserts lactés au chocolat, ainsi que cinq litres de lait, deux boîtes de thon, un paquet de semoule, etc. Il y a du pain, récupéré dans la poubelle du boulanger voisin, et un paquet de levure pour en fabriquer. Cette famille n'aura pas accès à une autre distribution avant une semaine. Cela souligne toute l'hétérogénéité de l'aide alimentaire, qui, comme son nom l'indique, est conçue pour répondre à des situations ponctuelles (assurant en moyenne 800 cal/jour/personne pour quelques semaines seulement) (3).

Autre cas : une mère seule avec deux enfants majeurs déscolarisés. Cette femme a organisé une stratégie de « survie en temps de guerre » car elle a expérimenté l'absence de toute aide pendant l'été et, depuis, elle stocke et effectue un véritable travail de magasinière afin de tenir dans la durée. Elle fait les poubelles des marchés, récupère et transforme, son balcon lui sert de zone de triage pour réaliser compotes, confitures, coulis, soupes que j'ai pu déguster. Tout cela est mis sous clé dans des armoires métalliques de récupération. Elle récupère les pains individuels qui n'ont pas été consommés dans l'établissement d'accueil de handicapés qui se trouve à côté de chez elle… et, ce qu'elle ne consomme pas, elle le porte aux Restos du cœur, ou elle le distribue aux SDF de son quartier ; ce dernier geste lui permet d'asseoir une position sociale relative en s'assurant ainsi ne pas être le dernier maillon de la chaîne sociale. S'organise alors toute une économie de recyclage et de partage.

Second profil des personnes rencontrées : elles ne vivent pas que de l'aide alimentaire et font des achats réguliers dans des hard discount et sur les marchés de catégorie II (à Paris, Belleville, Barbès, en banlieue, à Saint-Denis, Aubervilliers). Cet approvisionnement-là est l'apanage des femmes car il exige une expérience très forte dans la sélection des achats (en fonction de leur degré de maturité, etc.).

Image dégradée de soi-même

Pour l'ensemble des personnes rencontrées, j'ai été frappée par la souffrance psychique, qui est un problème récurrent, et les médicaments psychotropes sont nombreux. Certaines justifient ce recours pour pouvoir « tenir la face » devant leurs enfants. L'un des symptômes de dépression se cristallise dans la difficulté qu'elles ressentent à sortir pour aller chercher leurs enfants à l'école tant le regard des autres devient impossible à soutenir quand l'image de soi et de son corps se dégrade (disqualification sociale, prise de poids rapide, difficulté à s'habiller, etc.).

Un exemple de tentative d'accéder à l'autonomie et de restaurer son image :


D. R.

une autre femme s'organise pour se faire aider le moins possible car, pour elle, ce n'est pas la misère qui lui fait peur (elle l'a connue dans son enfance) mais l'assistance ! Avec une voisine elle achète chez des grossistes des poulets et des œufs, certains légumes (elle fait elle-même sa sauce tomate). Elle fréquente très peu les grandes surfaces à prix cassés.

Autre profil rencontré, le plus en difficulté du point de vue nutritionnel, les personnes ayant grandi en France avec l'essor des Trente Glorieuses et formatées à la modernité agro-industrielle des plats prêts à la consommation. Pour elles, y renoncer est perçu comme une régression d'autant plus impossible à assumer que, dans le lot important des privations matérielles qui caractérise la vie quotidienne d'un allocataire d'un minima social, l'alimentation apparaît à juste titre comme la seule oasis où une certaine abondance et un partage sont encore possibles.

Dernier profil rencontré, des populations pour lesquelles l'aide alimentaire n'est qu'un appoint, ce sont les travailleurs à temps partiel dans la restauration ou des caissières de la grande distribution, qui ont la possibilité dans le cadre de leur travail de bénéficier de repas ou de prélèvements de nourriture « en nature » sur leur lieu d'activité.

Ne pas culpabiliser ce public

Si l'on prend en compte un seuil de pauvreté alimentaire autour de 3,50 euros exclusivement investis dans la nourriture, l'une des seules alimentations accessibles et assurant la couverture des apports nutritionnels conseillés serait proche d'un style « indien », centrée sur le riz complet, les lentilles, les abats et un peu de poisson en conserve. Tout le monde ne souhaite pas ce style alimentaire et, au demeurant, la dépense moyenne déclarée étant de 2,60 euros, il reste économiquement inaccessible.

Au fil de cette enquête, il apparaît entre autres que, contrairement à ce qui est publié dans la presse mais aussi dans la littérature professionnelle, les populations paupérisées ne commettent pas d'erreurs nutritionnelles en choisissant des produits gras et sucrés pour leur alimentation. Ils choisissent ces produits parce que ces substances « calent » car elles ont effectivement un rendement énergétique le plus important par rapport au prix investi. Cette rationalité économique se fait au détriment des fruits et des légumes, dont les micronutriments sont essentiels pour la santé. Lorsque j'interviens en tant que formatrice (4), j'insiste sur cet aspect : les professionnels doivent en avoir conscience pour ne pas culpabiliser ce public. Il faut prendre en compte les situations économiques et sociales que vivent ces personnes : avec 2,60 euros par personne/jour pour s'alimenter, il est absolument impossible de se nourrir de manière équilibrée…, ce n'est donc pas une question d'éducation nutritionnelle et il semble décalé de vouloir médicaliser une problématique qui butte sur une barrière financière.

Pour conclure, l'une des tâches les plus urgentes à mener au regard de ce constat est bien entendu d'améliorer la situation économique et sociale globale des personnes et, parallèlement, d'améliorer la prise en compte et la prise en charge de leur souffrance psychique. Plus précisément pour l'alimentation, il faut prendre la mesure du défi de santé publique que posent les prix élevés des fruits et des légumes et l'une des pistes reste de réfléchir à organiser un système de distribution de « chèques fruits et légumes » pour tous les allocataires d'un minima social. Enfin, pour faire de la prévention auprès de ces populations, un travail en direction des enfants via l'école et la cantine peut être conduit.

Christine César
Socio-anthropologue rattachée à l'Unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle (Uren), Bobigny.
Christine.cesar@cnam.fr

Références bibliographiques

(1) Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Hercberg S., Castetbon K. *Étude Abena 2004-2005. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Rapport de l'étude épidémiologique.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, université de Paris-13, Conservatoire national des arts et métiers : 2007 : 74 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/abena_2007/index.html
(2) César C. *Étude Abena 2004-2005. Comportements alimentaires et situations de pauvreté : aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, université de Paris-13, Conservatoire national des arts et métiers : 2007 : 108 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000728/
(3) Bellin-Lestienne C., Dauphin A.-G., Castetbon K., Darmon N. *Enquête auprès des associations d'aide alimentaire (E3A).* Rapport pour la direction générale de la Santé, juillet 2005.
(4) Interventions décentralisées au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) - Institut scientifique et technique de l'alimentation et de la nutrition (Istna), auprès de professionnels de la santé et du social.
En ligne : http://www.istna-formation.fr

Guinée : des centres de santé pour informer les jeunes

Comment mieux informer la population en matière de sexualité et de contraception ? Confrontée notamment à des grossesses très précoces et à une forte mortalité maternelle, la Guinée a ouvert, depuis 2000, une vingtaine de centres d'écoute, de conseil et d'orientation pour les jeunes. Les premiers résultats sont probants mais les moyens manquent cruellement, y compris en approvisionnement de moyens contraceptifs.

La question de la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes se pose aujourd'hui avec acuité dans les pays en développement au regard de l'expansion sans cesse croissante de la pandémie du VIH/sida. Face à l'absence de ressources suffisantes pour financer de vastes programmes de santé, il devient impératif de valoriser des expériences novatrices qui répondent aux attentes et aux spécificités des jeunes. C'est dans cet esprit que des centres d'écoute, de conseil et d'orientation des jeunes (CECOJE) ont été créés en Guinée.

Mortalité maternelle et prévalence du sida à la hausse

La Guinée doit relever plusieurs défis en matière de santé de la reproduction au regard de la dernière enquête démographique et de santé réalisée en 2005. La mortalité maternelle (mortalité des mères pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et quarante-deux jours après l'accouchement), par exemple, est passée de 530 à 928 pour 100 000 naissances vivantes entre 1999 et 2005. La prévalence du VIH a presque doublé en douze ans, passant de 0,9 à 1,5 %. Les femmes guinéennes, qui ont presque toutes subi la fatidique épreuve de l'excision (99 % en 1999 et 96 % en 2005) (1), continuent encore d'être la proie des grossesses non désirées et des avortements à risque. Quant à la planification familiale, elle n'est pratiquée que par 9 % de la population alors que chaque femme est susceptible de donner naissance à près de six enfants au cours de sa vie (1). Dans ce contexte, les populations vulnérables, comme les jeunes et les femmes en milieu rural, constituent les cibles prioritaires des projets en cours.

Pourquoi s'intéresser à la santé sexuelle et reproductive des jeunes Guinéens ?

Au cœur des raisons qui ont motivé le gouvernement guinéen à s'engager dans l'offre de services adaptés aux besoins des jeunes, figure en bonne place le fait que ces derniers constituent une catégorie de personnes sexuellement actives. En effet, la moitié des jeunes filles ont déjà eu des rapports sexuels à 16 ans et le tiers d'entre elles ont eu un enfant entre 15 et 19 ans. Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence le fait que le niveau d'information et d'éducation sexuelle était très faible au niveau de la cellule familiale et l'introduction de son enseignement à l'école reste tardive (2). Ayant constaté également le manque de services adaptés aux jeunes et le besoin élevé en information, le gouvernement guinéen s'est engagé, à partir de 2000, dans la mise en place des centres d'écoute, de conseil et d'orientation des jeunes (3).

Le premier Centre Jeunes a été ouvert, en 2001, par l'Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF). Depuis cette date, une vingtaine de centres se sont installés à travers le pays ; ils fonctionnent sous la responsabilité des représentants du ministère de la Jeunesse, ou sont confiés à des organisations non gouvernementales (ONG) ou des groupements d'associations de jeunesse.

Les particularités des Centres Jeunes

L'une des particularités de ces centres est la présence d'un personnel jeune pour rassurer ses pairs et rompre les réticences et les hésitations. Le site choisi pour abriter le centre est en général très accessible. Très souvent, les Centres Jeunes sont situés dans l'enceinte du centre culturel de la commune ou de la préfecture, ou encore à proximité d'une institution d'enseignement. À Conakry, par exemple, le Centre Jeunes de l'AGBEF est situé dans l'enceinte de l'université nationale.

Les prestations des Centres Jeunes sous tutelle du gouvernement offrent les services suivants : conseils, sensibilisation pour le changement de comportements. Ceux de l'AGBEF offrent une palette plus large de prestations et de services par rapport à ceux du gouvernement et des autres partenaires par l'intégration de cliniques de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes. Ainsi, les prestations sont particulièrement adaptées aux attentes des jeunes en termes d'horaires de travail et de services offerts : planification familiale, prise en charge des infections sexuellement transmissibles, dépistage volontaire et anonyme du VIH, test de grossesse, conseils, sensibilisation pour le changement de comportements.

Ces centres sont également des points de référence par excellence vers des structures sanitaires plus adaptées : maladie spécifique, prise en charge du VIH, désir d'enfant, etc.

La participation effective des jeunes dans le projet

La faible implication des jeunes dans la conception, la réalisation et le suivi des programmes et projets les concernant est un obstacle majeur à la réussite des projets qui leur sont destinés. L'AGBEF, qui travaille depuis vingt-trois ans sur les thématiques de santé de la reproduction en Guinée, a créé et déve-

loppé une dynamique de jeunesse autour de ses Centres Jeunes de Conakry et de l'intérieur du pays (Kindia en Basse-Guinée et Labé en Moyenne-Guinée).

Pour ce faire, l'association a mis en place et finance le Mouvement d'action des jeunes (MAJ), composé de jeunes volontaires de 15 à 24 ans issus du terroir. Ce mouvement a pour but d'augmenter le nombre de jeunes qui bénéficient des services de santé sexuelle et reproductive de qualité au Centre Jeunes. Pour atteindre cet objectif, le mouvement organise des activités d'animation de proximité, de café-débat, des projections vidéo réalisées dans les écoles, les ateliers et autres lieux de fréquentation des jeunes. Les jeunes du MAJ sont recrutés dans la zone d'implantation du centre et formés aux techniques d'animation, de communication interpersonnelle, de plaidoyer et de conseil. Le MAJ de Conakry recrute essentiellement ses membres parmi les étudiants de l'université Gamal Abdel Nasser, qui abrite le Centre Jeunes, ce qui permet un renouvellement continu de l'équipe des pairs éducateurs.

Des résultats encourageants à Conakry

À l'issue de deux années d'exercice (2006-2007), le Centre Jeunes AGBEF de l'université de Conakry a obtenu des résultats encourageants : 1 748 filles ont sollicité des services de planification familiale, 395 filles et 230 garçons ont bénéficié d'une consultation et d'une prise en charge des infections sexuellement transmissibles. En outre, 465 jeunes dont 297 filles ont suivi les séances particulières de conseils pour le dépistage anonyme du VIH.

Quant aux séances de sensibilisation grand public, elles ont touché près de 5 200 filles et 3 400 garçons. Ces résultats bien que modestes sont jugés très encourageants par les autorités et les responsables de l'AGBEF, qui souhaitent renforcer les capacités du centre à travers la formation des membres du Mouvement d'action des jeunes, l'ouverture d'une bibliothèque de lecture au sein du centre, l'équipement informatique avec accès Internet et le renouvellement du matériel audiovisuel destiné à en faire un pôle d'attraction.

L'association ambitionne également d'implanter dans un bref délai deux nouveaux Centres Jeunes dans les villes de Kankan (Haute-Guinée) et N'Zérékoré (Guinée-Forestière) afin d'assurer une couverture régionale du pays (4).

Par ailleurs, l'action des centres, au-delà des services directement offerts, permet l'appropriation par les jeunes des situations à risque, la maîtrise des messages clés en matière de santé de la reproduction et le renforcement de la gouvernance chez les jeunes du MAJ.

Des difficultés à surmonter

Il faut néanmoins reconnaître que les Centres Jeunes restent confrontés à des défis, comme le manque de bibliothèques, la rupture récurrente des produits contraceptifs et des médicaments essentiels destinés à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, l'insuffisance de la prise en charge du VIH au niveau national mais aussi l'insuffisance des supports éducatifs. S'agissant du MAJ, il arrive souvent que ses activités soient pénalisées par manque de financement de ses plans d'action.

Ces problèmes ont tendance, dans certaines villes, à réduire la fréquentation et à discréditer l'institution de gestion (ONG, direction préfectorale ou communale de la jeunesse, coordination d'associations).

En définitive, la mise en place des Centres Jeunes, fruit d'une dynamique de partenariat entre l'État, les communautés et les ONG de terrain, est une initiative qui participe à l'amélioration de la santé des jeunes Guinéens. Les résultats actuels pourraient être renforcés si, d'une part, certaines pesanteurs sont surmontées et, d'autre part, si les jeunes, premiers bénéficiaires, sont effectivement associés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des activités. La réussite et la pérennisation des Centres Jeunes en dépendent.

Alexandre Delamou
Médecin, coordonnateur régional des programmes de l'AGBEF, Conakry, Guinée.

Références bibliographiques

(1) Enquête démographique et de santé en Guinée (EDS III 2005).
(2) Delamou A. *L'éducation sexuelle comme moyen de prévention des IST/VIH/sida : cas des lycéens guinéens*. Mémoire, 2006.
(3) Dans une étude récente de 2006, A. Souare et A. M. Diallo ont confirmé le besoin élevé en information sur la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes Guinéens.
(4) Rapports annuels 2006 et 2007 de l'AGBEF.

Former les professionnels pour **lutter contre les discriminations**

Depuis 2007, soixante acteurs de terrain, en région, ont été formés à la lutte contre les discriminations, à l'initiative de la Ligue française pour la santé mentale. Des groupes de parole permettent aux victimes de discriminations de gagner un peu en estime d'eux-mêmes au fil du temps. Cette recherche-action soutenue par les fonds publics vise à développer tant les formations que les groupes de parole, pour s'attaquer aux discriminations de tous types : racisme, sexisme, homophobie, etc.

La Ligue française pour la santé mentale[1] a mis en œuvre une recherche-action pour prévenir les discriminations (racisme, sexisme, homophobie, notamment) qui isolent et les risques qui en découlent en termes de cohésion sociale et de santé. Cette action est accompagnée par un comité de scientifiques, professionnels et associatifs, dans une perspective de santé communautaire. Cette démarche fait suite à une première recherche-action soutenue notamment par le ministère de la Santé[2] autour de la mise en place d'espaces de parole par la Ligue des droits de l'homme de 2003 à 2006 *(voir à ce propos l'article publié dans* La Santé de l'homme *n° 386)*[3].

Concrètement, dans chaque région de France, d'ici à 2010[4] il s'agit de :
– former une quinzaine d'acteurs de terrain sur les discriminations et les phénomènes de « bouc émissaire », et leur incidence sur la santé mentale des personnes. Les thèmes suivants seront abordés au cours de la formation : discriminations, stigmatisation, abus et normopathie ; phénomènes de bouc émissaire et impact sur la violence et l'estime de soi ; suicides et conduites à risque induits par les discriminations ; résilience et facteurs de protection ; processus d'acceptation ou déni de la différence ; mécanismes sous-tendant la triade racisme-sexisme-homophobie. À ce jour, et depuis 2007, une soixantaine de personnes ont été formées : acteurs de terrain, professionnels et bénévoles associatifs, impliqués régionalement dans la prévention, la lutte contre les discriminations, mais aussi l'accompagnement des victimes et le suivi des auteurs. Ce, dans quatre régions : Basse-Normandie, Ile-de-France, Picardie et Provence–Alpes–Côte d'Azur, en partenariat avec les collectivités et structures éducatives, sociales ou sanitaires locales[5] ;
– accompagner et valoriser les actions locales, en particulier celles qui intègrent un travail sur les comportements dits « masculins » ou « féminins » et un travail sur l'accumulation des sources potentielles de discrimination. Une attention particulière sera apportée aux intervenants qui mettent en place un espace de parole en région à destination des personnes vulnérables en termes de violence ou de discriminations, des personnes s'identifiant au phénomène de bouc émissaire et valorisant plus spécifiquement l'accompagnement des hommes, à tous les âges et statuts de la vie.

Cette recherche-action a pour objet de mieux comprendre – et faire comprendre – le fait que la problématique des discriminations qui isolent (boucs émissaires) est au cœur des violences contre soi et contre l'autre. Et que cette problématique est étroitement liée à une crise sans précédent de l'identité masculine. En effet, alors qu'il est possible aujourd'hui pour une jeune fille de s'identifier à d'autres modèles positifs que celui de la maternité (même si son environnement de vie tente de l'en dissuader), aucun modèle valorisé socialement et s'écartant de la virilité n'est proposé à la très grande majorité des garçons.

Phénomène du « bouc émissaire »

La problématique du « bouc émissaire » est essentielle mais fréquemment oubliée. Le bouc émissaire endosse un comportement que le groupe social refuse d'assumer ; or la reconnaissance de ce comportement par la société peut être un levier puissant en termes de transformation sociale. En effet, ces boucs émissaires attirent notre vigilance sur :
– la « normopathie » (pathologie de la norme, en tant que soumission abusive à une autorité) : il est dur d'être discriminé mais, ce qui devient insupportable, c'est la non-intervention des tiers ;
– le déni de la souffrance : ce n'est pas la souffrance qui tue mais le fait de ne pas pouvoir en parler car on anticipe le fait qu'on ne sera pas compris. La violence peut être un autre mode d'expression de ce besoin tragique ;
– les formes de discrimination passive et de détournement, qui tuent plus que celle qui est habituellement désignée sous le terme de discrimination (la forme dite active, qui va de l'insulte au meurtre en passant par le refus de fournir un service). La forme passive, c'est lorsque l'on nie l'existence de la différence – comme s'il « n'y en avait pas parmi nous » –, et la forme de détournement, ce sont les stéréotypes que l'on véhicule, pour la plupart positifs, et qui sont censés rendre la différence tolérable – comme « les gros sont joviaux » ou « les homosexuels sont sensibles » ;
– les discriminations « bannières » (c'est-à-dire celles qui sont prises en compte par la société) masquent les « vraies » discriminations, au sens de celles qui isolent au point de culpabiliser ceux et celles qui en sont victimes. Les « exclu-e-s des exclu-e-s », les souffre-douleur et autres boucs émissaires ont justement en commun qu'aucune bannière ne se dresse au-dessus de leur tête, et que personne ne descendra pour défiler

dans la rue si un acte odieux est commis à leur encontre. Impossible d'en dresser la liste, puisque par définition leur discrimination ne porte pas de nom… ;
– les cumulard-e-s, c'est-à-dire ceux et celles qui conjuguent plusieurs « différences » et qui font partie de ces discriminé-e-s sans nom. Parmi eux, les entre-deux – entre deux identités vues comme incompatibles, souvent l'une visible et l'autre invisible – occupent une place de choix. Leur crainte est souvent d'être débusqué-e, et leur fierté – mais qui les enferme également – de pouvoir se camoufler ;
– les « transgresseurs du genre », c'est-à-dire les garçons et les hommes dits féminins, les filles et les femmes dites masculines, qui englobent tout autant des hétérosexuel-le-s que des homosexuel-le-s et des bisexuel-le-s, et qui arrivent en tête parmi les plus fréquemment discriminé-e-s.

À souligner, plus généralement, que parmi les personnes qui sont victimes de discriminations figurent les hommes, les pères, les garçons et les adolescents. Cette population est peu souvent ciblée dans les actions concernant les discriminations, la violence et la santé, alors qu'elle peut présenter des risques spécifiques (par exemple, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes).

Gagner en estime d'eux-mêmes

L'objectif de création d'un espace de parole par région *(voir plus haut)* est d'autant plus pertinent que l'expérience des groupes de parole qui se sont déroulés dans les régions françaises à ce jour est très instructive. Comme en témoigne Gyslaine Jouvet, chef de service éducatif, coanimatrice de l'espace de parole du Mans : *« Ce groupe de parole a permis aux jeunes qui ont participé d'échanger, de se donner à voir à l'autre. Ils ont eu l'occasion de se valoriser dans le regard de l'autre et de gagner en estime d'eux-mêmes au fil du temps. En effet, ces jeunes en situation de discrimination étaient comme grignotés, avec un besoin de trouver une place identique ou quasisimilaire aux jeunes de leur âge. Bien qu'ils avaient le désir de sauvegarder une identité particulière qui donne une forme particulière à leurs attitudes, langages, etc. »*

Gyslaine Jouvet souligne avoir eu beaucoup de plaisir à animer ces groupes de parole, toutefois il lui a fallu *« appréhender la différence en partant des jeunes et de leurs propres dires sans tomber dans de l'interprétation ou dans la réponse immédiate »*. Dans la foulée de ce groupe de parole, le fil n'a pas été interrompu, une aide, un soutien ont été envisagés et parfois mis en œuvre *« pour favoriser une meilleure inscription sociale et pour créer entre eux des solidarités (…) J'ai dû dépasser quelquefois l'aspect technique en matière d'animation de réunion pour gagner en proximité par rapport aux jeunes tout en gardant un interstice, espace entre eux et nous, animateurs. Nous avons su, je pense, garder une certaine souplesse pour mettre les jeunes à l'aise et en confiance »*, conclut-elle.

Repenser l'identité masculine

L'enjeu sociétal aujourd'hui est en quelque sorte de repenser l'identité masculine en correspondance – et non en opposition, comme le politiquement correct l'insinue souvent – avec une prise de conscience croissante de la place des femmes, d'autant plus que ces jeunes hommes et ces hommes sont par ailleurs vulnérabilisés sur le plan social. Nous avons souligné plus haut que ce n'est pas la souffrance psychosociale qui expose au suicide, aux conduites à risque grave et aux violences, mais son déni. Il ne s'agit donc pas de dire que « les hommes souffrent plus que les femmes » mais que le déni de souffrance est à la fois plus fréquent et plus tenace quand il s'agit d'un homme (y compris dans le regard des professionnels). C'est donc la transformation des acteurs eux-mêmes, par une implication professionnelle et engagée sur le plan humain, associée à l'innovation par la création et la modélisation d'outils originaux, simples et appropriés aux différents contextes, qui sera notre objectif premier lors de cette phase ambitieuse.

Éric Verdier
Psychologue, chercheur,
Ligue française pour la santé mentale, Paris.

1. Association nationale qui forme, informe et assure des consultations médicales dans le champ de la santé mentale ; elle est soutenue par le ministère de la Santé (DGS), le ministère de la Justice (Protection judiciaire de la jeunesse– PJJ), et la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) (la Ligue s'est vu décerner le label 2007 de l'Année européenne de l'égalité des chances pour tous) pour mettre en place des actions de prévention des risques sanitaires graves (suicide, risque addictif, risque sexuel, etc.) et de la violence sur l'ensemble du territoire français.
2. Via la direction générale de la Santé (DGS). Ce travail préalable, et les recommandations qui en résultent, ont été intégrés au rapport du docteur Anne Tursz, de l'Inserm, dans le cadre de l'élaboration du Plan violence et santé (en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004), Éric Verdier ayant participé préalablement au groupe « Genre, violence et santé » au titre de la Ligue des droits de l'homme.
3. É. Verdier. Préférence sexuelle, niveau social, origine ethnique : la discrimination conduit à la prise de risque. La Santé de l'homme *n° 386, novembre-décembre 2006 : 52-4.*
http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/386/04.htm
4. Sur un territoire déterminé, au cas par cas, avec les principaux cofinanceurs locaux.
5. Des groupements régionaux de santé publique, des agences régionales pour la cohésion sociale (ACSE) et des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) mais aussi certains conseils généraux et régionaux.


Il a envie d'arrêter le préservatif.
Elle aussi.
Ils vont d'abord faire le test du VIH.
Pour savoir où, quand, comment : Sida Info Service
0800 840 800 (appel gratuit depuis un poste fixe) sida-info-service.org
Avant d'arrêter le préservatif, faites le test.
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr
Réf. INPES 125-08396-R
McCann Paris